



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

---

Bydgoszcz, dnia 16 października 2020 r.

Poz. 4919

### **OBWIESZCZENIE WOJEWODY KUJAWSKO-POMORSKIEGO**

z dnia 15 października 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, 567, 568, 695, 875, 1086, 1106, 1422, 1423, 1493, 1478 i 1639) ogłaszam aktualny wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

Wojewoda Kujawsko-Pomorski  
Mikołaj Bogdanowicz



|   |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|---|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| telefon/ telefony:                                | 52 32 56 600, 52 32 56 719                         |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                               | 092356930  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                                       |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1                  |  | X  |                    |                   |  | X   | X  | X                   |   |
| telefon/ telefony                                 |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>Wojewódzki Szpital Zespolony im.L.Rydygiera</b> |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św. Józefa 53-59                  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                | 56 679 55 47                                       |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                               | 000316068  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:  | SOR  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Toruń/87-100/ul. Św.Józefa 53-59                   |  | X  |                    |                   |  | X   | X  |                     |   |
| telefon/ telefony                                 | 56 67 93 128/129                                   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                                       |  | X  |                    |                   |  | X   | X  |                     |   |





| identyfikator REGON                               | 870298738   |                     |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|---------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | <b>SOR</b>  |                     |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17  |                     | X   |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-40-09  |                     |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | <b>IZOLATORIUM</b>  |                     |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrawiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji "ORION" w Ciechocinku , Ciechocinek, ul. Warzełniana 1, 87-720 |                     |   | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 609-366-261   |                     |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | transport sanitarny | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | choroby wewnętrzne  |                     |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17  |                     | X   |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |

|   |  |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|--|----------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | chirurgia ogólna                                 |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | ortopedia z traumatologią narządu ruchu          |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | ginekologia i położnictwo                        |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |

|   |  |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|--|----------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>             |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | neonatologia   |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>             |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | kardiologia, w tym inwazyjne leczenie ostrego zespołu wieńcowego |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00   |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>             |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | neurologia   |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |



|   |  |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|--|----------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>            |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | neurochirurgia                                   |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11</b>            |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | kardiochirurgia                                  |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12</b>            |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |

|   |  |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|--|----------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | chirurgia naczyniowa                             |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 056 641-44-09                                    |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13</b>            |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | pediatria  |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00                                     |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14</b>            |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | <b>Poradnia Stomatologiczna</b>                  |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |  |                    |                   | X  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641-34-00 56 641-37-89                        |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15</b>            |  | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |

|   |   |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|---|----------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | <b>ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II POZIOM REFERENCYJNY</b> |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                   |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44  |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16</b>            |   | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | <b>CHIRURGIA DZIECIĘCA</b>  |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                   |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44  |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 17</b>            |   | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | <b>PULMONOLOGIA</b>   |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                   |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44  |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 18</b>            |   | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | <b>ENDOKRYNOLOGIA</b>   |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17                   |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 56 641 44 44  |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 19</b>            |   | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | <b>KARDIOLOGIA DZIECIĘCA</b>                                      |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |

|   |   |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|---|----------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | <b>56 641 44 44</b>                             |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 20</b>            |   | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | <b>ONKOLOGIA KLINICZNA</b>                      |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | <b>56 641 44 44</b>                             |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 21</b>            |   | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | <b>DIALIZOTERAPIA</b>                           |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | <b>56 641 44 44</b>                             |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 22</b>            |   | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | <b>UROLOGIA</b>                                 |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | <b>56 641 44 44</b>                             |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 23</b>            |   | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | <b>HEMATOLOGIA</b>                              |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17 |                            | X  |                    |                   |  | X   |  |                     |







| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                     |  |  |  |
|---|---|---------------------------------|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|--|--|
| nazwa:  | Zakład Mikrobiologii  |                                 | X   |             |            |                                     | X                                  |                                     |                                  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9                 |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 585-44-80 / 585-34-81                                       |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                     |  |  |  |
| nazwa:  | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM                |                                 | X   |             |            |                                     |                                    | X                                   |                                  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9                 |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |  |  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |   | katalog realizowanych świadczeń |   |             |            |                                     |                                    |                                     | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBL. ICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     | I                                |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGILNO/88-300/KOŚCIUSZKI 10                                |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 052 315-25-15   |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 092358112   |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny             | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                     |  |  |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                 | X   |             |            |                                     |                                    | X                                   |                                  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | MOGILNO/88-300/KOŚCIUSZKI 10                                |                                 |   |             |            |                                     |                                    |                                     |                                  |  |  |  |





| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                            |                          |
|--|---|--|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ<br>WIĘCBORK/89-410/MICKIEWICZA 26  |  | X   |             |            |                                     | X                                  | X                                   |   |                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |   |                          |
| telefon/ telefony                                  |   | 052 38-96-231                          |   |             |            |                                     |                                    |                                     |   |                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |   |                          |
| 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 |
| telefon/ telefony:                                 |   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |   | 52 33 11 031             |
| identyfikator REGON                                |   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |   | 000291523                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań                            |                          |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ<br>ŚWIECIE/86-100/SĄDOWA 18  |  | X   |             |            |                                     | X                                  | X                                   |   |                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |   |                          |
| telefon/ telefony                                  |   | 52 33 11 031                           |   |             |            |                                     |                                    |                                     |   |                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |                          |

|  |                                     |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|--|-------------------------------------|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9           |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 566 689 100                         |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 000302327                           |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                     | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ                        |  | X  |                    |                   |  | X   | X  | X                   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9           |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 566689100                           |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |                                     | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHEŁMNIE |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHEŁMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 056 677-26-07                       |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 000310025                           |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                     | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ                        |  | X  |                    |                   |  |   | X  | X                   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHEŁMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |



| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |  |  |  |
|--|---|--|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|--|--|
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ                                      |  | X   |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-796/I. ROMANOWSKIEJ 2                |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 052 374-30-00                                     |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |  |  |
| nazwa:   | SPZOZ 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5            |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 261 417 220                                       |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 090538318   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |  |  |  |
| nazwa:   | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM      |  | X   |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5            |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 261417220   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |  |  |

|  |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |   |
|--|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|---|
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY<br>WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD<br>OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA<br>SPRAW WEWNĘTRZNYCH I<br>ADMINISTRACJI W BYDGOSZCZY |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |   |
| telefon/ telefony:                                 | 52 58-26-200   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |   |
| identyfikator REGON                                | 092325348  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6   |  | X  |                    |                   |  | X   | X  | X                   |  |   |
| telefon/ telefony                                  | 52 58-26-200   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL<br>MIEJSKI IM. DR E. WARMIŃSKIEGO<br>SPZOZ W BYDGOSZCZY   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-826/SZPITALNA 19  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |   |
| telefon/ telefony:                                 | 52 37-09-400   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |   |
| identyfikator REGON                                | 092354746  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-826/SZPITALNA 19  |  | X  |                    |                   |  |   | X  |                     |  |   |



| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |  | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |  |  |  |
|--|--|--|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|--|--|
| nazwa:   | ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM   |  | X   |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŻNIN/88-400/SZPITALNA 30   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 52 30-31-341   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |  |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE - NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE SP. Z O.O. |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĄBRZEŹNO/87-200/WOLNOŚCI 27   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 056 688 17 25  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 320425520  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |  | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |  |  |  |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  | X   |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĄBRZEŹNO/87-200/WOLNOŚCI 27   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 056 688 17 25  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |  |  |



|  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |   |    |
|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|---|----|
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NOWY SZPITAL W NAKLE I SZUBINIE SPÓŁKA Z O.O.,, |  | II                 |                   |  |   |  |                     |   |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NAKŁO NAD NOTECIAŃ/89-100/MICKIEWICZA 7  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |   |    |
| telefon/ telefony:                                 | 41 240 10 02   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |   |    |
| identyfikator REGON                                | 340104087  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              | <b>transport sanitarny</b>   | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |    |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  | X                  |                   |  | X   | X  | X                   |   |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | NAKŁO NAD NOTECIAŃ/89-100/MICKIEWICZA 7  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |   |    |
| telefon/ telefony                                  | 41 240 10 02   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              | <b>transport sanitarny</b>   | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |   |    |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  |                    |                   |  | X   | X  | X                   |   |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |   |    |
| telefon/ telefony                                  | 41 240 10 02   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |   |    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> | <b>katalog realizowanych świadczeń</b>   |  |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COViD - 19</b> | <b>Poziom zabezpieczenia COViD - 19</b> |    |
| nazwa:   | SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |   | I                                       | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |   |    |
| telefon/ telefony:                                 | 52 36-55-799   |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |   |    |





| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |  | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
|--|--|--|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  | X   |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | ŁASIN/86-320/GRUDZIĄDZKA 2                             |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | 564 664 204  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SPZOZ SPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. M. KOPERNIKA |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/BATOREGO 17/19                            |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                 | 056 65-57-530  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                                | 870252274  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |  | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  | X   |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/BATOREGO 17/19                            |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | 056 65-57-530  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|  |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|--|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W CHELMŹY                    |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHELMŹA/87-140/SZEWSKA 23                                 |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 566 752 255   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 871547899   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  | X  |                    |                   |  | X   | X  | X                   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CHELMŹA/87-140/SZEWSKA 23                                 |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 566 752 255   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOLUB-DOBRZYŃ/87-400/KOPPA 1E                             |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 056-683-22-91   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                | 871552334   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ  |  | X  |                    |                   |  | X   | X  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | GOLUB-DOBRZYŃ/87-400/KOPPA 1E                             |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |





|  |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:   | PROMEDICA GP SP. Z O.O.                    |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-792/EWY SZELBURG-ZAREMBINY 19 |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 52 343 07 69                               |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 93211718                                   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | PROMEDICA GP SP. Z O.O.                    |  |  |                    | X                 |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-792/EWY SZELBURG-ZAREMBINY 19 |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 52 343 07 69                               |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |  | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | NZOZ "MEDYK" w Czerniewicach               |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CZERNIEWICE/87-850/Kowalska 8              |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 54 284 71 80                               |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 910928611                                  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | NZOZ "MEDYK" w Czerniewicach               |  |  |                    | X                 |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | CZERNIEWICE/87-850/Kowalska 8              |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |



|  |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| telefon/ telefony                                  | 54 284 71 80  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | NZOZ Odnowa sp. z o.o.  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/SZOSA CHEŁMIŃSKA<br>254/258                            |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 500 145 868   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 871532082   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | NZOZ Odnowa sp. z o.o.  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/SZOSA CHEŁMIŃSKA<br>254/258                            |  |  |                    | X                 |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 500 145 868   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | RADOSŁAW KĘDZIA PRYWATNA<br>PRAKTYKA LEKARSKA:<br>PRZYCHODNIA KEMED |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĄBRZEŹNO/87-200/MATEJKI 20c  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 734 414 517; 602 125 588  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 93211718  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|--|---|--|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:   | RADOSŁAW KĘDZIA PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA: PRZYCHODNIA KEMED |  |   |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĄBRZEŻNO/87-200/MATEJKI 20c                                  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 734 414 517; 602 125 588                                      |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:   | MEDIC KLINIKA SP. Z O.O.                                      | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-796/WOJCIECHA ŁOCHOWSKIEGO 7A                    |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 | 52 343 32 11; 52 343 25 66                                    |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                | 362503947   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:   | MEDIC KLINIKA SP. Z O.O.                                      |  |   |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | BYDGOSZCZ/85-796/WOJCIECHA ŁOCHOWSKIEGO 7A                    |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 52 343 32 11; 52 343 25 66                                    |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:   | NEUCA MED. SP. Z O.O.   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/FORTECZNA 35-37  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 514 773 048; 56 675 65 20   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 341477181   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | NEUCA MED. SP. Z O.O.   |  |  |                    | X                 |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/FORTECZNA 35-37  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 514 773 048; 56 675 65 20   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESKULAP s c ZOFIA i ANDRZEJ GRUDEWICZ |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADZIEJÓW/88-200 /DOLNA 22  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 54 285 45 68  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 910132059   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|--|---|--|---|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESKULAP s c ZOFIA i ANDRZEJ GRUDEWICZ |  |   |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/FORTECZNA 35-37  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 54 285 45 68  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:   | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ TORUŃ                  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/GEN.JANA.H. DĄBROWSKIEGO 1                                     |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                 | 697667669   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                                | 870405080   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                     |   | transport sanitarny                    | leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:   | WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ TORUŃ                  |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | TORUŃ/87-100/GEN.JANA.H. DĄBROWSKIEGO 1                                     |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                  | 697-667-669   |  |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |   |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|  |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
|--|--|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|---|
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O.<br>GOLUB DOBRZYŃ              |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-400 Golub Dobrzyń ul. Doktora Jerzego Gerarda Koppa 1 E |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 | 56 683-22-05   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O.<br>GOLUB DOBRZYŃ              |  |  |                    |                   |  |   |  |                     | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-400 Golub Dobrzyń ul. Doktora Jerzego Gerarda Koppa 1 E |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony                                  | 56 683-22-05   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |  | <b>catalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| nazwa:   | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ    |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 87-720 Ciechocinek; ul. Wojska Polskiego 5,                |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| telefon/ telefony:                                 |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| identyfikator REGON                                |  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |   |





|  |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|---|--|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-795 Bydgoszcz ul. Hallera 2E                     |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 795-462-205   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                |   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | Vitalabo Laboratoria Medyczne                       |  |  |                    |                   |  |   |  | X                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-674 Bydgoszcz ul. Gdańska 163                    |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 504-157-086   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń</b>                |   | <b>transport sanitarny</b>             | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | Vitalabo Laboratoria Medyczne                       |  |  |                    |                   |  |   |  | X                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 85-100 Toruń Szosa Bydgoska 3                       |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 532-545-980   |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |   | <b>katalog realizowanych świadczeń</b> |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 88-100 Inowrocław ul. Poznańska 97                  |  |  |                    |                   |  |   |  |                     |



|   |   |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|---|----------------------------|--|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| telefon/ telefony:                                | 532-412-260   |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                               |   |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | <b>transport sanitarny</b> | <b>leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błazka |                            |  |                    |                   |  |   |  | X                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 88-100 Inowrocław ul. Poznańska 97                  |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 532-412-260   |                            |  |                    |                   |  |   |  |                     |