DZIENNIK URZĘDOWY

WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

Bydgoszcz, dnia 28 października 2020 r.

Poz. 5066

Elektronicznie podpisany przez:
Rafał Krzyżanowski
Data: 2020-10-28 11:55:33

OBWIESZCZENIE
WOJEWODY KUJAWSKO-POMORSKIEGO

z dnia 27 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, 1639 i 1747) ogłaszam aktualny wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

wz. Wojewody Kujawsko-Pomorskiego
Józef Ramlau
Wicewojewoda

załącznik
do obwieszczenia
Wojewody Kujawsko-Pomorskiego
z dnia 27 października 2020 r.

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

stan na dzień 21-10-2020

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		**rodzaj realizowanych świadczeń**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	**Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza**		II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12		
telefon/ telefony:	52 325-56-07		
identyfikator REGON	000979188		

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:	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im.T.Browicza		X				X	X	X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-030/ul. Świętego Floriana 12								
telefon/ telefony	52 325-56-07								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	**Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii**									I	II

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1										
telefon/ telefony:	52 32 56 600, 52 32 56 719										
identyfikator REGON	092356930										
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:	IZBA PRZYJĘĆ										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-326/ul.Seminaryjna 1		X				X	X	X		
telefon/ telefony											
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	

nazwa:	**Wojewódzki Szpital Zespolony im.L.Rydygiera**									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									
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:	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									
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:	IZBA PRZYJĘĆ		X				X	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/ul.Krasińskiego 4/4a								
telefon/ telefony									
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:	Transport sanitarny	1							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń/87-100/ul. Konstytucji 3 Maja 40A								
telefon/ telefony - dyspozytornia									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	**Nowy Szpital Sp. z o.o.**									II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126									
telefon/ telefony:	41 240 16 34									
identyfikator REGON	812731198									
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	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126									

telefon/ telefony									
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:	Transport sanitarny	1							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świecie/86-100/ul.Wojska Polskiego 126								
telefon/ telefony-dyspozytornia									
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								
telefon/ telefony:	52 323 04 13								

identyfikator REGON	001044962										
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:	Transport sanitarny	2									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-015/ul. Produkcyjna 13										
telefon/ telefony - dyspozytornia											
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	**Regionalny Szpital Specjalistyczny im.dr. W. Biegańskiego**									II	IV

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17								
telefon/ telefony:	56 641-34-00								
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:	**SOR**								
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:	**IZOLATORIUM**			X					

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji "ORION" w Ciechocinku , Ciechocinek, ul. Warzelniana 1, 87-720								
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								

Miejsce udzielania świadczeń 4		**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:	chirurgia ogólna								
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								

Miejsce udzielania świadczeń 5		**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:	ortopedia z traumatologią narządu ruchu								
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								

Miejsce udzielania świadczeń 6		**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:	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								

Miejsce udzielania świadczeń 7		**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:	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								

Miejsce udzielania świadczeń 8		**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:	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								

Miejsce udzielania świadczeń 9		**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:	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								

Miejsce udzielania świadczeń 10		**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:	neurochirurgia								
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								
Miejsce udzielania świadczeń 11		**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:	kardiochirurgia								
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								

Miejsce udzielania świadczeń 12		**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:	chirurgia naczyniowa								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	056 641-44-09								

Miejsce udzielania świadczeń 13		**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:	pediatria								
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								

Miejsce udzielania świadczeń 14		**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:	**Poradnia Stomatologiczna**								
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								

Miejsce udzielania świadczeń 15		**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:	**ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA II POZIOM REFERENCYJNY**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 16		**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:	**CHIRURGIA DZIECIĘCA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 17		**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:	**PULMONOLOGIA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 18		**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:	**ENDOKRYNOLOGIA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 19		**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:	**KARDIOLOGIA DZIECIĘCA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 20		**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:	**ONKOLOGIA KLINICZNA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 21		**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:	**DIALIZOTERAPIA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 22		**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:	**UROLOGIA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 23		**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:	**HEMATOLOGIA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 24		**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:	**REUMATOLOGIA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 25		**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:	**PSYCHIATRIA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 26		**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:	**PSYCHIATRIA DZIECI I MŁODZIEŻY**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 27		**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:	**GASTROENTEROLOGIA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 28		**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:	**ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 29		**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:	**NEFROLOGIA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 30		**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:	**OKULISTYKA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 31		**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:	**OTORYNOLARYNGOLOGIA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 32		**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:	**NEUROLOGIA DZIECIĘCA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 33		**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:	**CHIRURGIA ONKOLOGICZNA**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17		X				X		
telefon/ telefony	**56 641 44 44**								

Miejsce udzielania świadczeń 34		**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:	Transport sanitarny	1									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grudziądz/86-300/ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17										
telefon/ telefony - dyspozytornia											
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	**Szpital Uniwersytecki Nr 1 Im. Dr. Antoniego Jurasza W Bydgoszczy**									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9										
telefon/ telefony:	585-44-80 / 585-34-81										

identyfikator REGON	001126074								
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9		X				X		
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								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/89-094/ul. M.Skłodowskiej-Curie 9		X					X	
telefon/ telefony									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBL.ICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE									I	II
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										

telefon/ telefony	052 315-25-15									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	"SZPITAL TUCHOLSKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TUCHOLA/89-500/NOWODWORSKIEGO 14-18									
telefon/ telefony:	52 33 60 503									
identyfikator REGON	092965579									
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	TUCHOLA/89-500/NOWODWORSKIEGO 14-18										
telefon/ telefony	52 33 60 503										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY IM. DR A.GACY I DR J.ŁASKIEGO - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIĘCBORKU									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIĘCBORK/89-410/MICKIEWICZA 26										
telefon/ telefony:	052 38-96-231										
identyfikator REGON	093213663										

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	WIĘCBORK/89-410/MICKIEWICZA 26								
telefon/ telefony	052 38-96-231								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		**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										
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										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIECIE/86-100/SĄDOWA 18		X				X	X			
telefon/ telefony	52 33 11 031										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**

nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9										
telefon/ telefony:	566 689 100										
identyfikator REGON	000302327										
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										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BRODNICA/87-300/WIEJSKA 9		X				X	X	X		
telefon/ telefony	566689100										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHEŁMNIE									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1										
telefon/ telefony:	056 677-26-07										
identyfikator REGON	000310025										
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										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMNO/86-200/PLAC DR RYDYGIERA 1		X					X	X		

telefon/ telefony	056 677-26-07									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL DZIECIĘCY IM. J. BRUDZIŃSKIEGO W BYDGOSZCZY									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-667/CHODKIEWICZA 44									
telefon/ telefony:	523 262 100									
identyfikator REGON	000898946									
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	BYDGOSZCZ/85-667/CHODKIEWICZA 44									
telefon/ telefony	523262100									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA ŁUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-796/I. ROMANOWSKIEJ 2									
telefon/ telefony:	052 374-30-00									
identyfikator REGON	001255363									

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									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
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										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-681/POWSTAŃCÓW WARSZAWY 5		X				X	X	X		
telefon/ telefony	261417220										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BYDGOSZCZY									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-015/MARKWARTA 4-6										
telefon/ telefony:	52 58-26-200										
identyfikator REGON	092325348										
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/85-015/MARKWARTA 4-6										
telefon/ telefony	52 58-26-200										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. DR E. WARMIŃSKIEGO SPZOZ W BYDGOSZCZY									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-826/SZPITALNA 19										
telefon/ telefony:	52 37-09-400										
identyfikator REGON	092354746										
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	BYDGOSZCZ/85-826/SZPITALNA 19										
telefon/ telefony	52 37-09-400										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY IM. DR. LUDWIKA BŁAŻKA W INOWROCŁAWIU									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	INOWROCŁAW/88-100/POZNAŃSKA 97										
telefon/ telefony:	052 35-45-500										
identyfikator REGON	092358780										

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	INOWROCŁAW/88-100/POZNAŃSKA 97									
telefon/ telefony	052 35-45-500									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									I

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻNIN/88-400/SZPITALNA 30										
telefon/ telefony:	52 30-31-341										
identyfikator REGON	093213309										
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										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻNIN/88-400/SZPITALNA 30		X				X	X	X		
telefon/ telefony	52 30-31-341										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE - NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE SP. Z O.O.									I	II
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										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WĄBRZEŹNO/87-200/WOLNOŚCI 27		X				X	X	X		
telefon/ telefony	056 688 17 25										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
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 NOTECIĄ/89-100/MICKIEWICZA 7									
telefon/ telefony:	41 240 10 02									
identyfikator REGON	340104087									
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	NAKŁO NAD NOTECIĄ/89-100/MICKIEWICZA 7										
telefon/ telefony	41 240 10 02										
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:	IZBA PRZYJĘĆ										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZUBIN/89-200/OGRODOWA 9						X	X	X		
telefon/ telefony	41 240 10 02										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
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										
identyfikator REGON	340517145										
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										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-168/UJEJSKIEGO 75		X				X	X			
telefon/ telefony	52 36-55-799										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	

nazwa:	NZOZ "SZPITAL LIPNO" UTWORZONY PRZEZ SZPITAL LIPNO SPÓŁKA Z O.O.									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6									
telefon/ telefony:	542 880 415									
identyfikator REGON	340572055									
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	LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6									
telefon/ telefony	542 880 415									
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:	Transport sanitarny	1									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LIPNO/87-600/NIESZAWSKA 6										
telefon/ telefony - dyspozytornia											
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WŁOCŁAWKU									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WŁOCŁAWEK/87-800/WIENIECKA 49										
telefon/ telefony:	54 413 18 70										
identyfikator REGON	341411727										

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	WŁOCŁAWEK/87-800/WIENIECKA 49										
telefon/ telefony	54 413 18 70										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MACIEJA Z MIECHOWA W ŁASINIE									I	II

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁASIN/86-320/RADZYŃSKA 4										
telefon/ telefony:	564 664 204										
identyfikator REGON	870250810										
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										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁASIN/86-320/GRUDZIĄDZKA 2		X				X	X			
telefon/ telefony	564 664 204										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**

nazwa:	SPZOZ SPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. M. KOPERNIKA									I	II
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										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TORUŃ/87-100/BATOREGO 17/19		X				X	X			
telefon/ telefony	056 65-57-530										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W CHEŁMŻY									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMŻA/87-140/SZEWSKA 23										
telefon/ telefony:	566 752 255										
identyfikator REGON	871547899										
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										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHEŁMŻA/87-140/SZEWSKA 23		X				X	X	X		

telefon/ telefony	566 752 255										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOLUB-DOBRZYŃ/87-400/KOPPA 1E										
telefon/ telefony:	056-683-22-91										
identyfikator REGON	871552334										
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	GOLUB-DOBRZYŃ/87-400/KOPPA 1E										
telefon/ telefony	056-683-22-91										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADZIEJÓW/88-200/SZPITALNA 3										
telefon/ telefony:	054 28-56-200										
identyfikator REGON	910333036										
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										
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADZIEJÓW/88-200/SZPITALNA 3		X				X	X	X		
telefon/ telefony	054 28-56-200										
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYPINIE									I	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RYPIN/87-500/3-GO MAJA 2										
telefon/ telefony:	054 23 08 728										
identyfikator REGON	910858394										

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	RYPIN/87-500/3-GO MAJA 2									
telefon/ telefony	054 23 08 728									
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32		**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	POWIATOWY SZPITAL W ALEKSANDROWIE KUJAWSKIM SP. Z O.O.									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87-700/SŁOWACKIEGO 18									

telefon/ telefony:	054 282-80-01								
identyfikator REGON	911344332								
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	ALEKSANDRÓW KUJAWSKI/87-700/SŁOWACKIEGO 18								
telefon/ telefony	054 282-80-01								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		**katalog realizowanych świadczeń**							
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								

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:	PROMEDICA GP SP. Z O.O.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-792/EWY SZELBURG-ZAREMBINY 19				X				
telefon/ telefony	52 343 07 69								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34		**katalog realizowanych świadczeń**							
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								

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:	NZOZ "MEDYK" w Czerniewicach								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZERNIEWICE/87-850/Kowalska 8				X				
telefon/ telefony	54 284 71 80								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	NZOZ Odnowa sp. z o.o.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TORUŃ/87-100/SZOSA CHEŁMIŃSKA 254/258								
telefon/ telefony:	500 145 868								
identyfikator REGON	871532082								

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:	NZOZ Odnowa sp. z o.o.				X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TORUŃ/87-100/SZOSA CHEŁMIŃSKA 254/258								
telefon/ telefony	500 145 868								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	RADOSŁAW KĘDZIA PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA: 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	WĄBRZEŹNO/87-200/MATEJKI 20c								
telefon/ telefony	734 414 517; 602 125 588								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	MEDIC KLINIKA SP. Z O.O.								
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.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BYDGOSZCZ/85-796/WOJCIECHA ŁOCHOWSKIEGO 7A				X				
telefon/ telefony	52 343 32 11; 52 343 25 66								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38		**katalog realizowanych świadczeń**							
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								

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:	NEUCA MED. SP. Z O.O.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	TORUŃ/87-100/FORTECZNA 35-37				X				
telefon/ telefony	514 773 048; 56 675 65 20								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39		**katalog realizowanych świadczeń**							
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								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		**katalog realizowanych świadczeń**							
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								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	22 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ								

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-720 Ciechocinek; ul. Wojska Polskiego 5,								
telefon/ telefony:									
identyfikator REGON									
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:	22 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-720 Ciechocinek; ul. Wojska Polskiego 5,								X
telefon/ telefony	54 283 72 00								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	Alab Laboratoria Sp z o.o.								

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	00-739 Warszawa ul. Stepińska 22/30								
telefon/ telefony:	022 349-60-60								
identyfikator REGON									
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:	Alab Laboratoria Sp z o.o.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	87-100 Toruń ul. Grudziadzka 51b								X
telefon/ telefony	665-787-368								
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:	Alab Laboratoria Sp z o.o.								X

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	85-790 Bydgoszcz ul. Szafirowa 14								
telefon/ telefony	52 307-95-60								
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		**katalog realizowanych świadczeń**							
nazwa:	10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	85-681 Bydgoszcz ul. Powstańców Warszawy 5								
telefon/ telefony:	691-911-851								
identyfikator REGON									
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:	Alab Laboratoria Sp z o.o.								X

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	85-681 Bydgoszcz ul. Powstańców Warszawy 5								
telefon/ telefony	691-911-851								