



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

---

Bydgoszcz, dnia 16 lutego 2021 r.

Poz. 796

### OBWIESZCZENIE WOJEWODY KUJAWSKO-POMORSKIEGO

z dnia 12 lutego 2021 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. 1842, poz. 2112, 2123, 2157, 2255, 2320, 2327, 2338, 2361, 2401 i z 2021 poz. 11, poz. 159) ogłaszam aktualny wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

Wojewoda Kujawsko-Pomorski

Mikołaj Bogdanowicz

załącznik  
do obwieszczenia  
Wojewody Kujawsko-Pomorskiego  
z dnia 12 lutego 2021 r.

## WYKAZ PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ REALIZUJĄCYCH SZCZEPIENIA PRZECIW COVID-19

stan na dzień 26-01-2021

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
|---|---|----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu                 |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/ 86-300/ Rydygiera 15/17  |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 56 641 44 44  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 870298738   |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu                 |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/ 86-300/ Rydygiera 15/17  | W                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                | 56 641 44 44  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu                 |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grudziądz/ 86-300/ Szpitalna 6/8  | W                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                | 56 641 44 44  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włocławek/ 87-800/ Wieniecka 49   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 54 413 18 70  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 341411727   |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włocławek/ 87-800/ Wieniecka 49   | W                    | 2                           |
| telefon/ telefony:                                | 54 413 18 70  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ/ 87-100/ ŚW. JÓZEFA 53-59   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 56 679 35 00  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 316068  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | TORUŃ/ 87-100/ ŚW. JÓZEFA 53-59   | W                    | 5                           |
| telefon/ telefony:                                | 56 679 35 00  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy                                      |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/ 85-094/ M. Skłodowskiej-Curie 9  |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 52 585 40 00  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 1126074   |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy                                      |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/ 85-094/ M. Skłodowskiej-Curie 9  | W                    | 2                           |
| telefon/ telefony:                                | 52 585 40 00  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radziejów/ 88-200/ Szpitalna 3  |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 54 280 54 54  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 91033036  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radziejów/ 88-200/ Szpitalna 3  | W                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                | 54 280 54 54  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHELMNIE   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chełmno/ 86-200/ Plac Rydygiera 1   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 56 677 26 07  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 000310025   |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHELMNIE   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chełmno/ 86-200/ Plac Rydygiera 1   | W                    | 2                           |
| telefon/ telefony:                                | 56 677 26 07  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brodnica/ 87-300/ Wiejska 9   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 56 668 91 00  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 000302327   |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brodnica/ 87-300/ Wiejska 9   | W                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                | 56 668 91 00  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |   | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                       |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Golub-Dobrzyń/ 87-400/ Koppa 1E   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                | 55 249 15 46  |                      |                             |
| identyfikator REGON                               | 87152334  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | szczenie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                       | W                    | 2                           |

|   |  |                         |                             |
|---|--|-------------------------|-----------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Golub-Dobrzyń/ 87-400/ Koppa 1E  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 55 249 15 46   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                                | 28-12-2020   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność<br/>lecniczą 9</b>  |  | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | SPZOZ SPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. M. KOPERNIKA   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Toruń / 87-100/ Stefana Batorego 17/19   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 56 610 02 09   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 870252274  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SPZOZ SPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. M. KOPERNIKA   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Toruń / 87-100/ Stefana Batorego 17/19   | W                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                     | 56 610 02 09   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                                | 28-12-2020   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność<br/>lecniczą 10</b> |  | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. DR. A. GACY I DR. J. ŁASKIEGO - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIECIBORKU |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Więcbork/ 89-410/ Mickiewicza 26   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 52 389 62 31   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 093213663  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SZPITAL POWIATOWY IM. DR. A. GACY I DR. J. ŁASKIEGO - NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIECIBORKU |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Więcbork/ 89-410/ Mickiewicza 26   | W                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 52 389 62 31   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                                | 28-12-2020   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność<br/>lecniczą 11</b> |  | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL OBSERWACYJNO-ZAKAZNY IM. TADEUSZA BROWICZA W BYDGOSZCZY                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Bydgoszcz/ 85-030/ św. Floriana 12   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 52 325 56 00   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 000979188  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL OBSERWACYJNO-ZAKAZNY IM. TADEUSZA BROWICZA W BYDGOSZCZY                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Bydgoszcz/ 85-030/ św. Floriana 12   | W                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 52 325 56 00   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                                | 28-12-2020   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność<br/>lecniczą 12</b> |  | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MACIEJA Z MIECHOWA W LASINIE                          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Lasin/ 86-320/ Radzyńska 4   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 56 466 43 13   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 870250810  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MACIEJA Z MIECHOWA W LASINIE                          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Lasin/ 86-320/ Radzyńska 4   | W                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 56 466 43 13   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                                | 28-12-2020   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność<br/>lecniczą 13</b> |  | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NZOZ "SZPITAL LIPNO" UTWORZONY PRZEZ SZPITAL LIPNO SPOLKA Z O.O.   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Lipno/ 87-600/ Nieszawska 6  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 54 288 03 31   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 340572055  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ "SZPITAL LIPNO" UTWORZONY PRZEZ SZPITAL LIPNO SPOLKA Z O.O.   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Lipno/ 87-600/ Nieszawska 6  | W                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 54 288 03 31   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                                | 28-12-2020   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność<br/>lecniczą 14</b> |  | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY IM. DR. LUDWIKA BŁAŻKA W INOWROCLAWIU                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Inowrocław/ 88-100/ Poznańska 97   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 52 354 55 00   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 92358780   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY IM. DR. LUDWIKA BŁAŻKA W INOWROCLAWIU                                       |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Inowrocław/ 88-100/ Poznańska 97   | W                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 52 354 55 00   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                                | 28-12-2020   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność<br/>lecniczą 15</b> |  | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYPINIE   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Rypin/ 87-500/ 3 Maja 2  |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 54 280 54 54   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 910858394  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RYPINIE   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Rypin/ 87-500/ 3 Maja 2  | W                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 54 280 54 54   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                                | 28-12-2020   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność<br/>lecniczą 16</b> |  | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Bydgoszcz/ 85-168/ Ujejskiego 75   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 52 365 57 99   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 340517145  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Bydgoszcz/ 85-168/ Ujejskiego 75   | W                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 52 365 57 99   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                                | 28-12-2020   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność<br/>lecniczą 17</b> |  | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE - NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE SP. Z O.O.   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Wąbrzeźno/ 87-200/ Wolności 27   |                         |                             |
| telefon/ telefony                                     | 41 240 00 00   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                   | 320425520  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE - NOWY SZPITAL W WĄBRZEŹNIE SP. Z O.O.   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/<br>ulica i nr domu  | Wąbrzeźno/ 87-200/ Wolności 27   | W                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                     | 504794144  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                                | 28-12-2020   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>                 |  | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |

|  |  |                                |                                    |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>lecznica 18</b>                                 |  |                                |                                    |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BYDGOSZCZY |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-015/Markwarta 4-6   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 52 582 62 98   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 092325348  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY WIELOSPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BYDGOSZCZY |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-015/Markwarta 4-6   | W                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 52 582 62 98   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBL. ICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mogilno/88-300/Kościuszki 10   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 52 315 23 03   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 092358112  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBL. ICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mogilno/88-300/Kościuszki 10   | W                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 52 315 23 03   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBL. ICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzelno/88-320/Powstania Wielkopolskiego 8  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 52 318 93 43   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 092358112  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBL. ICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOGILNIE  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Strzelno/88-320/Powstania Wielkopolskiego 8  | W                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 52 318 93 43   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SZPITAL TUCHOLSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tuchola/89-500/Nowodworskiego 14-18  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 52 336 05 00   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 092965579  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SZPITAL TUCHOLSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Tuchola/89-500/Nowodworskiego 14-18  | W                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 52 336 05 00   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | POWIATOWY SZPITAL W ALEKSANDROWIE KUJAWSKIM SP. Z O.O.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Aleksandrów Kujawski/87-700/Słowackiego 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 54 282 80 00   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 911344332  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | POWIATOWY SZPITAL W ALEKSANDROWIE KUJAWSKIM SP. Z O.O.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Aleksandrów Kujawski/87-700/Słowackiego 1  | W                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 54 282 80 00   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. DR. E. WARMIŃSKIEGO SPZOZ W BYDGOSZCZY  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-826/Szpitalna 19  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 52 370 94 00   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 092354746  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. DR. E. WARMIŃSKIEGO SPZOZ W BYDGOSZCZY  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-826/Szpitalna 19  | W                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 52 370 94 00   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NOWY SZPITAL W NAKLE I SZUBINIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szubin/89-200/Ogródowa 9   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 41 240 20 02   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 340104087  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NOWY SZPITAL W NAKLE I SZUBINIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szubin/89-200/Ogródowa 9   | W                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 41 240 20 02   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-681/Powstańców Warszawy 5   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 26 141 73 00   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 090538318  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                       |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-681/Powstańców Warszawy 5   | W                              | 3                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 26 141 73 00   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY SP. Z O. O.  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chelmża/87-140/Szewska 23  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 56 639 22 34   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 871547899  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |  | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY SP. Z O. O.  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chelmża/87-140/Szewska 23  | W                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 56 639 22 34   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> |  | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | PAŁUCKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żnin/88-400/Szpitalna 30   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 52 303 13 41   |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 093213309  |                                |                                    |

| Miejsce udzielenia świadczeń 1                    |   | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|-------------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | PALUCKIE CENTRUM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            | W                       | 4                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żnin/88-400/Szpitalna 30  |                         |                             |
| telefon/ telefonowy                               | 52 303 13 41  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Nowy Szpital w Świeciu  | W                       | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świecie/86-100/Wojska Polskiego 126   |                         |                             |
| telefon/ telefonowy                               | 41 240 00 00  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 812731198   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | KUJAWSKO - POMORSKIE CENTRUM PULMONOLOGII W BYDGOSZCZY                                      | P                       | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-326/Seminaryjna 1  |                         |                             |
| telefon/ telefonowy                               | 52 325 66 00  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 092356930   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | CENTRUM ONKOLOGII IM. PROF. FRANCISZKA LUKASZCZYKA W BYDGOSZCZY                             | P                       | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-796/ Dr. Izabelli Romanowskiej 2   |                         |                             |
| telefon/ telefonowy                               | 52 374 30 00  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 001255363   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J Brudzińskiego w Bydgoszczy                               | P                       | 4                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-667/Chodkiewicza 44  |                         |                             |
| telefon/ telefonowy                               | 52 326 21 00  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000898946   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Kolejowy Szpital Uzdrawiskowy sp. z o. o. w Ciechocinku                                     | P                       | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechocinek/87-720/Zdrojowa 17  |                         |                             |
| telefon/ telefonowy                               | 54 283 56 91  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 910869943   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33       |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Kolejowy Szpital Uzdrawiskowy sp. z o. o. w Ciechocinku                                     | P                       | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechocinek/87-720/Zdrojowa 17  |                         |                             |
| telefon/ telefonowy                               | 54 283 56 91  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 910869943   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NZOZ Sanatorium Uzdrawiskowe ZNP w Ciechocinku  | P                       | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechocinek/87-720/Lorentowicza 6   |                         |                             |
| telefon/ telefonowy                               | 54 283 60 98  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 0108102900150   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA "SANVIT" SPÓŁKA Z O.O. ODDZIAŁ CIECHOCINEK SANATORIUM UZDRAWISKOWE | P                       | 1                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechocinek/87-720/Staszica 8   |                         |                             |
| telefon/ telefonowy                               | 54 283 42 81  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 01521985300029  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Uzdrowsko Wieniec Sp. z o.o.  | P                       | 2                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wieniec Zdrój/87-800/Brzozowa 1   |                         |                             |
| telefon/ telefonowy                               | 54 272 10 00  |                         |                             |
| identyfikator REGON                               | 000288142   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 28-12-2020  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność                    |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |

|  |   |                                |                                    |
|--|---|--------------------------------|------------------------------------|
| <b>lecznica 37</b>                                 |   |                                |                                    |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANATORIUM UZDROWISKOWE MSWIA "ORION" W CIECHOCINKU  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-700/Warzelniana 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 54 283 91 00  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 910855711   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANATORIUM UZDROWISKOWE MSWIA "ORION" W CIECHOCINKU  | P                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-700/Warzelniana 1  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 54 283 91 00  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |   | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Sanatorium Uzdrowiskowe "Krstynka" Sp. z o.o.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-700/Pólna 16   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 54 283 62 21  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 910252800   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Sanatorium Uzdrowiskowe "Krstynka" Sp. z o.o.   | P                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-700/Pólna 16   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 54 283 62 21  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |   | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | OSRÓDEK SANATORYJNO-WYPOCZYNKOWY SPÓŁDZIELCZOŚCI PRACY W CIECHOCINKU  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-720/Lorentowicza 8   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 54 283 42 61  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 00694286100036  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | OSRÓDEK SANATORYJNO-WYPOCZYNKOWY SPÓŁDZIELCZOŚCI PRACY W CIECHOCINKU  | P                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-720/Lorentowicza 8   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 54 283 42 61  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |   | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej WIMED, Zakład Opiekuńczo Leczniczy  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suradówek/87-603/Suradówek 26   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 54 287 30 30  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 910922560   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej WIMED, Zakład Opiekuńczo Leczniczy  | P                              | 3                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Suradówek/87-603/Suradówek 26   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 54 287 30 30  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> |   | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Zakład Pielegnacyjno-Opiekuńczy im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Ligii Polskiej 8   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 56 657 42 90  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 871219178   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Zakład Pielegnacyjno-Opiekuńczy im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu   | P                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Ligii Polskiej 8   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 56 657 42 90  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |   | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZAKŁAD OPIEKI PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ DLA DZIECI "NADZIEJA" W TORUNIU - FUNDACJA SPOŁECZNO-CHARYTATYWNA "POMOC RODZINIE I ZIEMI" W TORUNIU |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Włocławska 169b  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 56 652 05 49  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 870401923   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZAKŁAD OPIEKI PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ DLA DZIECI "NADZIEJA" W TORUNIU - FUNDACJA SPOŁECZNO-CHARYTATYWNA "POMOC RODZINIE I ZIEMI" W TORUNIU | P                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Włocławska 169b  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 56 652 05 49  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |   | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARS MEDICA SP. Z O.O. W BRODNICY  |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bobrowo/87-327/Bobrowo 14   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 56 498 24 08  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 87152917000024  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ARS MEDICA SP. Z O.O. W BRODNICY  | P                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bobrowo/87-327/Bobrowo 14   |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 56 498 24 08  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 28-12-2020  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |   | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr J. Bednarza   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świecie/86-100/Sądowa 18  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 52 330 83 05  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 00029152300033  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr J. Bednarza   | P                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świecie/86-100/Sądowa 18  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 52 330 83 05  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 30-12-2020  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |   | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SANATORIUM UZDROWISKOWE "WRZOS", SP. Z O.O.   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-720/Leśna 2  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 54 283 32 21  |                                |                                    |
| identyfikator REGON                                | 910864609   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielenia świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SANATORIUM UZDROWISKOWE "WRZOS", SP. Z O.O.   | P                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-720/Leśna 2  |                                |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 54 283 32 21  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 30-12-2020  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |   | <b>szczępienie personelu</b>   | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Szpital Rehabilitacyjny "Barska" we Włocławku   |                                |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Włocławek/87-800/Barska 13  |                                |                                    |

|  |   |                         |                             |
|--|---|-------------------------|-----------------------------|
| telefon/ telefony:                                 | 54 233 40 50  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                | 340627098   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   |                         |                             |
| nazwa:   | Szpital Rehabilitacyjny "Barska" we Włocławku                                 | szczępienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Włocławek/87-800/Barska 13  | P                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                 | 54 233 40 50  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 30-12-2020  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | Panacea Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                               |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grudziądz/86-308/Janusza Korczaka/25  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 564502340   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                | 4275248   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczępienie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Panacea   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grudziądz/86-308/Janusza Korczaka/25  |                         | 2                           |
| telefon/ telefony:                                 | 564502340   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MATWY-MED" Jolanta Mielcarek           |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | INOWROCLAW/88-100/KAMIENNA/8  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 600824609   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                | 9022873000057   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczępienie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | NZOZ MATWY MED. JOLANTA MIELCAREK   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | INOWROCLAW/88-100/KAMIENNA/8  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony:                                 | 600824609   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY TADEUSZ LEWANDOWSKI                          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-137/Leszczyńskiego/65a   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 525848652   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                | 090589528   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczępienie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Prywatny Gabinet Stomatologiczny  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-137/Leszczyńskiego/65a   |                         | 1                           |
| telefon/ telefony:                                 | 692496844   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | SPECJALISTYCZNY GABINET LEKARSKI UROLOGICZNY DR NAUK MEDYCZNYCH JANUSZ TYLOCH |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-016/Zbigniewa Moczyńskiego/3                                     |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 523225177   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                | 091628176   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczępienie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | SPECJALISTYCZNY GABINET LEKARSKI UROLOGICZNY DR NAUK MEDYCZNYCH JANUSZ TYLOCH |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-016/Zbigniewa Moczyńskiego/3                                     |                         | 2                           |
| telefon/ telefony:                                 | 603039398   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | szczępienie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | SPECJALISTYCZNY GABINET LEKARSKI UROLOGICZNY DR NAUK MEDYCZNYCH JANUSZ TYLOCH |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-795/Janosika 5/A   |                         | 2                           |
| telefon/ telefony:                                 | 601759466   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 2021-01-19  |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | Gmina Przychodnia w Osiełku   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Maksymilianowo/86-031/Szkolna/1   |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 52 381 35 73  |                         |                             |
| identyfikator REGON                                | 92351937  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczępienie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Gabinet Lekarza Rodzinnego POZ  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Maksymilianowo/86-031/Szkolna/1   |                         | 1                           |
| telefon/ telefony:                                 | 523813573   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Cekcyn/89-511/Dworcowa/6  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 523347520   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                | 92352032  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczępienie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | SPZOZ Przychodnia Cekcyn  |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Cekcyn/89-511/Dworcowa/6  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony:                                 | 523347520   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Kęsowie          |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kęsowo/89-506/Ląkowa/1  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 523344013   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                | 92352782  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczępienie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | SPZOZ Przychodnia w Kęsowie   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kęsowo/89-506/Ląkowa/1  |                         | 1                           |
| telefon/ telefony:                                 | 523344013   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |   | szczępienie personelu   | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | GMINNA PRZYCHODNIA W DOBR CZU   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobrcz/86-022/Ogrodowa/1  |                         |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 523648110 600277659   |                         |                             |
| identyfikator REGON                                | 92355007  |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczępienie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | GMINNA PRZYCHODNIA W DOBR CZU   |                         |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobrcz/86-022/Ogrodowa/1  |                         | 1                           |

|  |  |                       |                             |
|--|--|-----------------------|-----------------------------|
| telefon/ telefony                                  | 600330473  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | Przychodnia Rodzinna - Spółka Lekarzy Hałas i Partnerzy  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żnin/88-400/Żytnia /1  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 600272979  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 92553049   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia Rodzinna - Żnin  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żnin/88-400/Żytnia /1  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 523030140  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie" Ghazwan Haj Bakri                                    |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĄWELNO/89-413/MLYŃSKA/1   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 508353191  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 92565621   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie" Ghazwan Haj Bakri                                    |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WĄWELNO/89-413/MLYŃSKA/1   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 523891515  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA GDANSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-021/Gdańska/88-90   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 519138384  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 92924609   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia Gdańska  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-021/Gdańska/88-90   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 519138384  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | Przychodnia "ROMET" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-766/Fordońska/246   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | +48604371506   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 92932427   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia "ROMET"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-766/Fordońska/246   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 523439464, 573 547 719   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | Medyk sp. Z o.o.   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szubin/89-200/g. Józefa Bema/6   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 507084510  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 92957930   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Medyk sp. Z o.o.   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Szubin/89-200/g. Józefa Bema/6   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 523842048  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CEGIELNA" S.C. BEATA JAKUBOWSKA, WIESŁAWA SOWA, MARCIN OWEDYK |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Inowrocław/88-100/Cegielna/45A   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 793010739  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 92964864   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | NZOZ "CEGIELNA"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Inowrocław/88-100/Cegielna/45A   |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                  | 523575005  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | Przychodnia "Ogrody" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-870/Ogrody/21   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 523620912  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 93049301   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia "Ogrody"   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-870/Ogrody/21   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 523620912  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | VITAMED Galaj i Cichomski spółka jawna   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-079/Kościuszki/35   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 665102401  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 093056206  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | VITAMED Galaj i Cichomski spółka jawna   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-079/Kościuszki/35   |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                  | 525 257 777  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:   | VITALABO - Laboratoria Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                              |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-795/gen. Józefa Hallera/2 E   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 795462205  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 093084728  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | VITALABO Punkt Szczepień   |                       | 1                           |



|  |  |                    |                             |
|--|--|--------------------|-----------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-795/gen. Józefa Hallera/2 E                           |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 523469205  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                    |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-085/Fordońska/2                                       |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 887772872  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                | 140723603  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Centrum Medyczne Luxmed  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-085/Fordońska/2                                       |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 223322849  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                    |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Kościuski/71  |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 885615160  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                | 140723603  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Centrum Medyczne LUXMED  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Kościuski/71  |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 566424395  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | MEDIC KLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością              |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-796/Łochowskiego/7a                                   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 523432566  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                | 362503947  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | MEDIC KLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością              |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-796/Łochowskiego/7a                                   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 523432566  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | Przychodnia na Plantach Błasiak, Jąłoszyńska-Spółka Jawna          |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WŁOCLAWEK/87-800/PLANTY/29   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 668149945  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                | 364825046  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia na Plantach Błasiak, Jąłoszyńska-Spółka Jawna          |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WŁOCLAWEK/87-800/PLANTY/29   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 542345389  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA NA PLANTACH  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WŁOCLAWEK/87-800/PLANTY /29  |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 542345389  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 11-01-2021   |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | 50BIO.COM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-094/Marii Skłodowskiej-Curie/26                       |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 500 274 500  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                | 369706263  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia "Przy Szpitalu"  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-094/Marii Skłodowskiej-Curie/26                       |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 537370795  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | VILIFE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                     |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Kosynierów Kościuszkowskich/13                        |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 663486693  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                | 383367123  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Przychodnia VILIFE   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Kosynierów Kościuszkowskich/13                        |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 663486693  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE SZUBIŃSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-312/Szubińska/85a                                     |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 602430550  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                | 383644373  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE SZUBIŃSKA   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-312/Szubińska/85a                                     |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 525211010  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA WALDEMAR GAJEWSKI   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dolne Wymiary/86-200/Dolne Wymiary/26                              |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 600992874  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                | 770920247  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska-Waldemar Gajewski   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dolne Wymiary/86-200/Dolne Wymiary/26                              |                    |                             |
| telefon/ telefony                                  | 600992874  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>              |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |

|  |   |                              |                                    |
|--|---|------------------------------|------------------------------------|
| <b>lecznica 72</b>                                 |   |                              |                                    |
| nazwa:   | Przychodnia Medycyny Rodzinnej w Sitnie "BRADER" S.C. Czaja Wojciech, Czaja Leszek  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Wąbrzeźno/87-200/Sitno/37   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 566881491 603060552   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                | 870032064   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Przychodnia Medycyny Rodzinnej w Sitnie "BRADER" S.C. Czaja Wojciech, Czaja Leszek  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Wąbrzeźno/87-200/Sitno/37   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 566881491   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | ŚWIECIE NAD OSĄ/86-341/ŚWIECIE NAD OSĄ/3  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 79822236  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                | 870270645   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | ŚWIECIE NAD OSĄ/86-341/ŚWIECIE NAD OSĄ/3  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 564661618   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | LISNOWO/86-342/LISNOWO/9  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 564660523   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Toruniu                                  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Toruń/87-100/gen. Jana Henryka Dąbrowskiego/1   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 603 963 273   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                | 870405080   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska w Toruniu   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Toruń/87-100/gen. Jana Henryka Dąbrowskiego/1   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 566227432   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Grudziądz/86-300/Legionów/57  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 56 64 40 952  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                | 870611566   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Grudziądz/86-300/Legionów/57  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 566440950   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ OPIEKI RODZINNEJ "MEDICA" S.C. SMOLSKA MALGORZATA, STOPIŃSKA POLASZEWSKA MARIA, KANIA ANNA |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Toruń/87-100/Szosa Chełmińska/84/86   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 566602236   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                | 871176210   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NZOZ ZESPÓŁ OPIEKI RODZINNEJ "MEDICA"   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Toruń/87-100/Szosa Chełmińska/84/86   |                              | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 566602236   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NOVAMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Brodnica/87-300/Wyspiańskiego/2A  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 605822105   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                | 871212319   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NOVAMED   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Brodnica/87-300/Wyspiańskiego/2A  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 605822105   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TIVOLI - MED" ELŻBIETA JACKOWSKA, KORNEL JACKOWSKI S.C.  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Grudziądz/86-300/Legionów/21/23   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 513776710   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                | 871238900   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TIVOLI - MED" ELŻBIETA JACKOWSKA, KORNEL JACKOWSKI S.C.  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Grudziądz/86-300/Legionów/21/23   |                              | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 564650600   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Lysomice/87-148/Ląkowa/3  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 663556625   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                | 871257635   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LYSOMICACH   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Lysomice/87-148/Ląkowa/3  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 566495734   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Euromedica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu: | Grudziądz/86-300/Dąbrówki/1   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                 | 513776710   |                              |                                    |

|  |  |                      |                             |
|--|--|----------------------|-----------------------------|
| identyfikator REGON                                | 871530700  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Euromedica Sp. z o.o   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grudziądz/86-300/Dąbrówki/1  |                      | 2                           |
| telefon/ telefony                                  | 564650600  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b> |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | J.K.-21 - Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grudziądz/86-300/lkara/4   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 513776710  |                      |                             |
| identyfikator REGON                                | 871544270  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Centrum Medyczne "IKAR"  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grudziądz/86-300/lkara/4   |                      | 2                           |
| telefon/ telefony                                  | 564650600  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82</b> |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chelmza/87-140/Szewska/23  |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 696493580  |                      |                             |
| identyfikator REGON                                | 871547899  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy w Chelmy   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chelmza/87-140/Szewska/23  |                      | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 566392234  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83</b> |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | Rafał Drączyński MONASTI   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Gregorkiewicza/3  |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 698842305  |                      |                             |
| identyfikator REGON                                | 871616790  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | REVITAL MEDIC  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Gregorkiewicza/3  |                      | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 564778857  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | PRIMED Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Wiesława Kaczorowska  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brześć Kujawski/87-880/Królewska/10A   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 54 252 12 03   |                      |                             |
| identyfikator REGON                                | 910116787  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | NZOZ PRIMED - Wiesława Kaczorowska   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Brześć Kujawski/87-880/Królewska/10A   |                      | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 542521203  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b> |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | 22 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-720/Wojska Polskiego/5  |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 542837250  |                      |                             |
| identyfikator REGON                                | 910514039  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Szpital Wojskowy   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-720/Wojska Polskiego/5  |                      | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 542837250  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |  | szczenie populacyjne | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | 22 Szpital Wojskowy - Szpital Tymczasowy   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-720/Wojska Polskiego/5  |                      | 4                           |
| telefon/ telefony                                  | 542837250  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 14-01-2021   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86</b> |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrawiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji "ORION" w Ciechocinku |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-720/Warzelniana/1   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 542839100  |                      |                             |
| identyfikator REGON                                | 910855711  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | SPZOZ Sanatorium Uzdrawiskowe MSWiA"ORION" w Ciechocinku   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ciechocinek/87-720/Warzelniana/1   |                      | 2                           |
| telefon/ telefony                                  | 542839100  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87</b> |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej-Zespół Opieki Rodzinnej "NA ZŁOTEJ GÓRCIE" - Sławomir Grabarczyk-Marlena Bojanowska                    |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kikół/87-620/Złota Góra/12   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 54 289 4471  |                      |                             |
| identyfikator REGON                                | 911337473  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | NZOZ-Zespół Opieki Rodzinnej "NA ZŁOTEJ GÓRCIE" - Sławomir Grabarczyk-Marlena Bojanowska   |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kikół/87-620/Złota Góra/12   |                      | 2                           |
| telefon/ telefony                                  | 542894471  |                      |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021   |                      |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                      |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88</b> |  | szczenie personelu   | szczenie populacyjne        |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TWOJ LEKARZ" - LECH ROSIEK  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zakrzewo/87-707/Osiedlowa/24   |                      |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 607607379  |                      |                             |
| identyfikator REGON                                | 911340475  |                      |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | szczenie personelu   | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Tvoj Lekarz" - Lech Rosiek  |                      |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zakrzewo/87-707/Osiedlowa/24   |                      | 1                           |

|  |   |                       |                             |
|--|---|-----------------------|-----------------------------|
| ulica i nr domu                                    |   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                  | 542830812   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b> |   |                       |                             |
| nazwa:   | Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Aleksandrów Kujawski/87-700/Słowackiego/18  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 54 282 80 01  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 911344332   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Aleksandrów Kujawski/87-700/Słowackiego/18  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 542828001   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Solanki Uzdrawisko Inowrocław Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                           |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Inowrocław/88-100/Sienkiewicza /50  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 519517620   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 28813600041   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | ZESPOL SANATORYJNO-SZPITALNY KUJAWIAK   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Inowrocław/88-100/Sienkiewicza /50  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 523563251   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Dr J. Bednarza                         |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świecie/86-100/Sądowa/18  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 523308361   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 29152300033   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Poradnia Zdrowia Psychicznego Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych              |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Świecie/86-100/Sądowa/18  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 523308303   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chełmno/86-200/pl. dr. Rydygiera/1  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 56 677 26 07  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 31002500039   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chełmno/86-200/pl. dr. Rydygiera/1  |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                  | 566772694   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Wojewódzki Szpital Zespolony im.L.Rydygiera w Toruniu   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Św. Józefa/53-59   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 693619295   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 31606800035   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Wojewódzki Szpital Zespolony im.L.Rydygiera w Toruniu   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Św. Józefa/53-59   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 566 793 085   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | Szpital Uniwersytecki nr I im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy                                      |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-094/Marii Skłodowskiej-Curie/9   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 52 5854880  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 112607400034  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | UNIWEKSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Bydgoszcz/85-094/Marii Skłodowskiej-Curie/9   |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                  | 525854310   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | FARMA-MED Kujawskie Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Inowrocław/88-100/Dworcowa/71   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 795560858   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 250865900029  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Farma-Med"   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Inowrocław/88-100/Dworcowa/71   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 500231982   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:   | LECZNICE CITOMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Marii Skłodowskiej-Curie/73  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                 | 566584444   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                | 572283800047  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | LECZNICE CITOMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubicz Górny/87-162/Paderewskiego/3   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 566214300   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |   | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:   | LECZNICE CITOMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Toruń/87-100/Marii Skłodowskiej-Curie/73  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                  | 566584444   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                             | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b> |   | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |

|   |   |  |                              |                                    |
|---|---|--|------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | SPÓŁKA LEKARZY "INTERCOR" - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                       |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-605/Kasztanowa/57  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 785620425   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 838221900028  |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia "INTERCOR"  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-605/Kasztanowa/57  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 785620425   |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b>  |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Centrum Promocji Zdrowia "SANVIT" Sp. z o.o.  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciechocinek/87-720/STASZICA/8   |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 542837701   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 1521985300029   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | CENTRUM PROMOCJI ZDROWIA "SANVIT" SPÓŁKA Z O.O. ODDZIAŁ CIECHOCINEK SANATORIUM UZDROWISKOWE               |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciechocinek/87-720/STASZICA/8   |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 542834281   |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b>  |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Bogumiła Kabata   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wójcin/88-324/Wójcin/63   |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601575528   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9022871800016   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "Ośrodek Zdrowia"  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wójcin/88-324/Wójcin/63   |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 601575528   |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | GEMED EWA ZAMIATAŁA-GRZELAK   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sicienko/86-014/Kolejowa/8  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 662089112   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9041158100030   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia GEMED Ewa Zamiatala-Grzelak   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sicienko/86-014/Kolejowa/8  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 523815589   |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b> |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-681/Powstańców Warszawy/5  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 607338180   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9053831800046   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką - SPZOZ   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-681/Powstańców Warszawy/5  |  |                              | 2                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 261417309   |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Gminna Przychodnia w Nowej Wsi Wielkiej   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Wieś Wielka/86-060/Bydgoska/14   |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 661449701   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9056490700029   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminna Przychodnia  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nowa Wieś Wielka/86-060/Bydgoska/14   |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 523812318   |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b> |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINNA PRZYCHODNIA W WARLUBIU                              |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warlubie/86-160/Bl.s.M.Heliodyry/2  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 52-3326147  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9056916400029   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminna Przychodnia w Warlubiu   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warlubie/86-160/Bl.s.M.Heliodyry/2  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 523326147   |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b> |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Medycyny Rodzinnej Iwona Zabrzyńska                          |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | złotniki kujawskie/88-180/strazacka/11  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 523517759   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9140976400020   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Iwona Zabrzyńska   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | złotniki kujawskie/88-180/strazacka/11  |  |                              | 3                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 523517759   |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b> |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Miejsko - Gminna Przychodnia w Świeciu  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świecie/86-100/Wojska Polskiego/80  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 523311165   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9145206200027   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Miejsko-Gminna Przychodnia w Świeciu  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świecie/86-100/Wojska Polskiego/80  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 523324447   |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność</b>               |   |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |

|   |  |                              |                                    |
|---|--|------------------------------|------------------------------------|
| <b>lecznica 106</b>                                 |  |                              |                                    |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza Rodzinnego Mieczysław Stankiewicz  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świekatowo/86-182/Tucholska/6  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 697609844  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9152013100028  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza Rodzinnego Mieczysław Stankiewicz  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świekatowo/86-182/Tucholska/6  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523332009  |                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | KATARZYNA WYSOCKA-NOWAKOWSKA   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-087/Gajowa/17   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 603334530  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9158126200033  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Katarzyna Wysocka-Nowakowska                                   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-087/Gajowa/17   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523758023  |                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Katarzyna Wysocka-Nowakowska                                   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-739/Fordoska/199  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523421648  |                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Katarzyna Wysocka-Nowakowska                                   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-794/Pelplińska/139  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 525863087  |                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - GMINA PRZYCHODNIA W BUKOWCU                         |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bukowiec/86-122/dr. Fl. Ceynowy/18 a   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 531981880  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9234864500028  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINA PRZYCHODNIA                                     |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bukowiec/86-122/dr. Fl. Ceynowy/18 a   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523317524  |                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚLIWICACH   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Śliwice/89-530/Szkołna/7   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 604982673  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9235282000029  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŚLIWICACH   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Śliwice/89-530/Szkołna/7   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523340019  |                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | SOLMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Solec Kujawski/86-050/Powstańców/7A  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 60678187   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9235470000023  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Miejsko-Gminna Przychodnia Zdrowia   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Solec Kujawski/86-050/Powstańców/7A  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523874513  |                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Gminna Przychodnia w Osiu  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSIE/86-150/Dworcowa/7   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 690453371  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9235543800024  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Gminna Przychodnia w Osiu  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | OSIE/86-150/Dworcowa/7   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523329517  |                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "NASZ LEKARZ" KRZYSZTOF BURZYŃSKI, ZBIGNIEW MONOWID SPÓŁKA JAWNA |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jeziora Wielkie/88-324/Jeziora Wielkie/41a   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 664168388  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9235560000018  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "NASZ LEKARZ" KRZYSZTOF BURZYŃSKI, ZBIGNIEW MONOWID SPÓŁKA JAWNA |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jeziora Wielkie/88-324/Jeziora Wielkie/41a   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523187400  |                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "NASZ LEKARZ" KRZYSZTOF BURZYŃSKI, ZBIGNIEW MONOWID SPÓŁKA JAWNA |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kruszwica/88-153/Kujawska/12   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523516057  |                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "NASZ LEKARZ" KRZYSZTOF BURZYŃSKI, ZBIGNIEW MONOWID SPÓŁKA JAWNA |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kruszwica/88-153/Kujawska/12   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523516057  |                              | 1                                  |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |

| JAWNA   |  |                       |                             |
|---|--|-----------------------|-----------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Polanowice/88-150/Polanowice/32  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 523557309  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Samodzielna Publiczna Miejsko-Gminna Przychodnia w Kamieniu Krajeńskim                 |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamień Krajeński/89-430/Wyspiańskiego/2  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 525880113  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9235571100020  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Samodzielna Publiczna Miejsko-Gminna Przychodnia w Kamieniu Krajeńskim                 |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kamień Krajeński/89-430/Wyspiańskiego/2  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 525880113  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Koronowo/86-010/Paderewskiego/33   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 52 3822353   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9235615900024  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Koronowo/86-010/Paderewskiego/33   |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                   | 523822844  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mąkowsko/86-013/Tucholska/20   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523823116  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | GMINNA PRZYCHODNIA W JEZEWIE   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jezewo/86-131/Czerska/4  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 523318029  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9235629000022  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | GMINNA PRZYCHODNIA W JEZEWIE   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jezewo/86-131/Czerska/4  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523318029  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | GMINNA PRZYCHODNIA W DĄBROWIE CHELMINSKIEJ   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dąbrowa Chełmińska/86-070/Bydgoska/38  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 500 142 550  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9235675100029  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | GMINNA PRZYCHODNIA W DĄBROWIE CHELMINSKIEJ   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dąbrowa Chełmińska/86-070/Bydgoska/38  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523816034  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Gminna Przychodnia w Dragaczu z siedzibą w Dolnej Grupie                               |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dolna Grupa, Dragacz/86-134/Akacja/1   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 604160999 523324935  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9235687000025  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminna Przychodnia Dragacz   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dolna Grupa, Dragacz/86-134/Akacja/1   |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                   | 608330605  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mogilno/88-300/Tadeusza Kościuszki/10  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 600801530  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9235811200046  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Lekarzy POZ   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mogilno/88-300/Tadeusza Kościuszki/10  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523152303  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Lekarzy POZ   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Strzelno/88-320/Powstania Wielkopolskiego/8  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523189228  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Krzysztof Buczkowski |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-094/Składowskiej-Curie/9  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 601567927  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9242385500027  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ Krzysztof Buczkowski  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-094/Składowskiej-Curie/9  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523460801  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | AGAMED Agnieszka Lasecka   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łabiszyn/89-210/Powstańców Wielkopolskich/17   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 695729436  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 92491555   |                       |                             |

|   |   |                              |                                    |
|---|---|------------------------------|------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | AGAMED Przychodnia Lekarska   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Labiszyn/89-210/Powstańców Wielkopolskich/17  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 525893131   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Barcinie   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Barcin/88-190/Mogileńska/5  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 609071410   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9250225300024   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Barcinie   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Barcin/88-190/Mogileńska/5  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523832852   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Elżbieta i Jaec Gaj, Iwona Kotwińska, Januariusz Kaczmarek - Spółka Jawna |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pakość/88-170/Św. Jana/19   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 601664598   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9251272500029   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA JAWNA W PAKOŚCI  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pakość/88-170/Św. Jana/19   |                              | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 525665858   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LEKARZ DOMOWY" Alicja Kubiak, Maria Lorek Spółka Jawna                             |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szubin/89-200/Winnica/3a  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 52 384 99 90  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9251859600020   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LEKARZ DOMOWY" Alicja Kubiak, Maria Lorek Spółka Jawna                             |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szubin/89-200/Winnica/3a  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523849990   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Ludwika Lewicka Przychodnia Piastowska  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Inowrocław/88-100/ul. Stefana Czarnieckiego/24  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 603749530   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9255956600020   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Ludwika Lewicka Przychodnia Piastowska   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Inowrocław/88-100/ul. Stefana Czarnieckiego/24  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523579001   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medicus" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nakło nad Notecią/89-100/os. Chrobrego/15   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 600036534   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9256217200028   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medicus Sp.z o.o.   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nakło nad Notecią/89-100/os. Chrobrego/15   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523852473   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Sadki   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sadki/89-110/Mickiewicza/3  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523850711   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SALUS" Dorota Borowska   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-435/Sielawowa/4  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 606428261   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9256840100053   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SALUS Dorota Borowska   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-435/Sielawowa/4  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 525 835 353   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" s.c. A.W. Klimaszewscy, D.J. Lesikowscy                                      |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Janikowo/88-160/Klonowa/9   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 663425807   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9257805500021   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA"   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Janikowo/88-160/Klonowa/9   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523582310   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Esculap" s.c. w Gniewkowie T. Dereziński B. Wasikowska A. Foltynowicz-Panfil       |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GNIEWKOWO/88-140/DWORCOWA/8c  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523510273   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9258007500014   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ ESCULAP GNIEWKOWO PUNKT SZCZEPIEN  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GNIEWKOWO/88-140/DWORCOWA/8c  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523510273   |                              |                                    |



|   |   |                       |                             |
|---|---|-----------------------|-----------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie" s.c. Barbara Kaszak, Cezary Przybycien, Piotr Wieczorek       |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Janikowo/88-160/Klonowa/9   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 601541510   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9258299600026   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ "Zdrowie" Janikowo   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Janikowo/88-160/Klonowa/9   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523513302   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Przedsiębiorstwo Lecznicze - Gabinet Lekarza Ogólnego - Reginald Jósowskiak                                   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LNIANO/86-141/Wyzwolenia/20C  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 603067005   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9259331000046   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gabinet Lekarza Ogólnego Reginald Jósowskiak  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LNIANO/86-141/Wyzwolenia/20C  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 603067005   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubiewie Spółka Cywilna Anna Myszkowska Andrzej Myszkowski Alina Sass |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bylsław/89-510/ul. Słoneczna/3  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 509 300 635   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9259871500025   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Bylsławiu   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bylsław/89-510/ul. Słoneczna/3  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523349626   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | INTERMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-164/Karpaćka/31  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523714224   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9264406500026   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | INTERMED Przechodnia Wzgórze Wolności   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-164/Karpaćka/31  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523714976   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA NA SZWEDEROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-124/Konopnickiej/26  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 600607857   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9290632900026   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia na Szwederowie  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-124/Konopnickiej/26  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523795081   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Doktor Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sępólno Krajeńskie/89-400/Hallera/8   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523884505   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9290850600023   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Doktor"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sępólno Krajeńskie/89-400/Hallera/8   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523884505   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | DAN-MED Sp. z o.o.  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-863/Lomżyńska/51a  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 602612778   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9291188500021   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ Przechodnia "Lomżyńska"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-863/Lomżyńska/51a  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523614910   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Przychodnia "Jachcice" Spółka z o.o.  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-532/Czołgistów/4   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523224457   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9291321700021   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Jachcice  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-532/Czołgistów/4   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523224457   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Przychodnia "Wilczak" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-219/Nakielska/47   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523739270   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9291523900024   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia "Wilczak"   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-219/Nakielska/47   |                       |                             |

|   |  |                       |                             |
|---|--|-----------------------|-----------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 523739270  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA "AKADEMICKA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-080/Kołątaja/9  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 515263020  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 9291550600029  |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia "Akademicka" w Bydgoszczy  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-080/Kołątaja/9  |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                 | 523226066  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Przychodnia "Nad Wisłą" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-790/Pielęgniarska/13  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 797396735  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 9291669300021  |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia "Nad Wisłą"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-790/Pielęgniarska/13  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 797396735  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Przychodnia Tatrzańska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-794/Witkiewicza/1   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 523440822  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 9292454000029  |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Tatrzańska sp. z o.o.  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-794/Witkiewicza/1   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 5234633078   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Twoje Zdrowie" s.c. Anna Budzińska i Tomasz Biernat                 |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kruszwica/88-150/ul. Rybacka/20  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 523515411  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 9292829400035  |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Twoje Zdrowie" s.c  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kruszwica/88-150/ul. Rybacka/20  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 523515411  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Chelmech   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chelmece/88-121/Chelmece/11  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 523516818  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | PRZYJAZNA-Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-858/Przyjazna/13  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 523603456  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 9293040500026  |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Przyjazna  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-858/Przyjazna/13  |                       | 3                           |
| telefon/ telefony                                 | 523603455  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GAŚAWA Beata Szczesna  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gąsawa/88-410/Półwiejska/1   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 523025417  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 9293717500048  |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gąsawa   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gąsawa/88-410/Półwiejska/1   |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                 | 523025417  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ELMED Bydgoszcz Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością              |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-092/Mieczysława Karłowicza/3-5  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 52 320 94 21   |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 9294980100023  |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ELMED Bydgoszcz Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością              |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bydgoszcz/85-092/Mieczysława Karłowicza/3-5  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 523461199  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 12-01-2021   |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | LEKARZ RODZINNY s.c. Teresa Ossowska Dania Maciejaszek   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raciąż/89-502/Brzozowa/10  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 533237045  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 9295142000022  |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia "Lekarz Rodzinny"   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raciąż/89-502/Brzozowa/10  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 523361725  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ARS MEDICA" Przychodnia Lekarska s.c. Magdalena Hus, Jacek Szymczak |                       |                             |

|   |  |                              |                                    |
|---|--|------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Inowrocław/88-100/Toruńska/32  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 691638985  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9296053000023  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "ARS MEDICA" Przychodnia Lekarska s.c. Magdalena Hus, Jacek Szymczak  |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Inowrocław/88-100/Toruńska/32  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523570004  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ZDROWIE Elżbieta Piotrowska  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lochowo/86-065/Porzeczkowa/20  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 721071971  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9297078700028  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "Zdrowie"   |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lochowo/86-065/Porzeczkowa/20  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 721071971  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NZOZ "Profil-Med" Monika Głuszyńska  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NAKŁO NAD NOTECIĄ/89-100/CHROBREGO/16  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 607309407  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9298156100032  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "PROFIL-MED" Monika Głuszyńska  |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NAKŁO NAD NOTECIĄ/89-100/CHROBREGO/16  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 530717109  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LEKARZ RODZINNY " Monika Iwaszko  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-806/Kaczyńskiego/40   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 695000002  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 093038444  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej LEKARZ RODZINNY  |                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-806/Kaczyńskiego/40   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523612082  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej LEKARZ RODZINNY  |                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-884/Świętlicka/9  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523704020  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | BEATA DOROTA MIKOŁAJCZYK-BARTOSZ NZOZ " RODZINA "  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYDGOSZCZ/85-806/ALEJE PREZYDENTA LECHA KACZYŃSKIEGO/40  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 603617401  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9304123900035  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ " RODZINA "   |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYDGOSZCZ/85-806/ALEJE PREZYDENTA LECHA KACZYŃSKIEGO/40  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523610838  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wielospecjalistyczna Przychodnia "Bartodzieje" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-714/Kozalińska/7  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 52 3758605   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9308439000026  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Wielospecjalistyczna Przychodnia "Bartodzieje"  |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-714/Kozalińska/7  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523758605  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Centrum Medyczne "ZACHÓD" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-429/Grunwaldzka/138   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 538325787  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9311044300027  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne "Zachód" - Przychodnia  |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-429/Grunwaldzka/138   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523207950  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Doktor" s.c. Aldona i Jacek Wczysła                                       |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-792/Gawędy/2a   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 606619619  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9313337800020  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "Przychodnia Doktor"  |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-792/Gawędy/2a   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 606619619  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Małgorzata Tucholska-Drachal   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Laskowice/86-130/Długa/4   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 539933776  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9314494000032  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |  |  |                              |                                    |
|---|--|--|------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego                                   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Laskowice/86-130/Długa/4   |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 539933776  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Miejskie Centrum Lekarskie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TUCHOLA/89-500/Świecka/27  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 52 3365761   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9315582000021  |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Miejskie Centrum Lekarskie   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TUCHOLA/89-500/Świecka/27  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523365761  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Centrum Medyczne IKAR - Borowicz Spółka Jawna                      |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-915/Szubińska/32                                      |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 604615097  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9316881000023  |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne IKAR  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Białe Błota/86-005/Barycka/38                                      |  |                              | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 604615097  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne IKAR  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-315/ks. Schulza/1                                     |  |                              | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 525065599  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 14-01-2021   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Centrum Medyczne IKAR   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-915/Szubińska/32                                      |  |                              | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 604615097  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PROMEDICA GP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ               |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-792/Ewy Szelburg-Zarembiny/23                         |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 509033326  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9321171800028  |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA BAJKA  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-792/Ewy Szelburg-Zarembiny 19                         |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523430769  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | INVICTA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-027/Jagiellońska/109                                  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 600 466 758  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 19276652300130   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Kliniki i Laboratoria Medyczne INVICTA                             |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-027/Jagiellońska/109                                  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 585858810  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NOWY SZPITAL w Wąbrzeźnie Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wąbrzeźno/87-200/ul. Wolności/27                                   |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 500169807  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 32042552000049   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Nowy Szpital w Wąbrzeźnie  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wąbrzeźno/87-200/ul. Wolności/27                                   |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 500169807  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Spamed Kuczyński i Wspólnicy Spółka Jawna         |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sepólno Krajeńskie/89-300/Szkołna/4                                |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 608720383  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 32088675700020   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne SPAMED  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sepólno Krajeńskie/89-300/Szkołna/4                                |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523453992  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NZOZ RODZINA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ               |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Inowrocław/88-100/59 Pułku Piechoty/6                              |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 52 352 60 42   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34001768400024   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Rodzina"                    |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mogilno/88-300/900-lecia/37  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523152796  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Rodzina Inowrocław  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Inowrocław/88-100/59 Pułku Piechoty/6                              |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523181418  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |

|   |  |                       |                             |
|---|--|-----------------------|-----------------------------|
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                    |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Gminne Centrum Medyczne Provita Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością            |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Więcbork/89-410/Powstańców Wielkopolskich/2A                                       |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 523898561  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34005453800021   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Provita Sp. z o.o.                           |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Więcbork/89-410/Powstańców Wielkopolskich/2A                                       |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 523898561  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna Sławomir Jakubiński, Jerzy Rajewski spółka jawna              |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOLEC KUJAWSKI/86-050/PIASTÓW/1A   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | +48604164148   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34006298600023   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ Przychodnia Rodzinna w Solcu Kujawskim  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOLEC KUJAWSKI/86-050/PIASTÓW/1A   |                       | 5                           |
| telefon/ telefony:                                  | 699829219  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | KOŚCIELNIK & USOWSKA LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                                    |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROGOWO/88-420/KOŚCIUSZKI/8   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 501516836  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34008386000027   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska w Janowcu Wielkopolskim                                       |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROGOWO/88-420/KOŚCIUSZKI/8   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 52 3024012, 52 3027936   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | KOŚCIELNIK & USOWSKA LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA                                    |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JANOWIEC WIELKOPOLSKI/88-430/GNIEŹNIENSKA/4  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 52 3023070, 52 3023950   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34008386000034   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska w Janowcu Wielkopolskim                                       |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JANOWIEC WIELKOPOLSKI/88-430/GNIEŹNIENSKA/4  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 52 3023070, 52 3023950   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICO PLUS Tomasz Kryński                   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bobrowniki/87-617/Włocławska/39  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 602-654-648  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34008672200025   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICO PLUS                                  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bobrowniki/87-617/Włocławska/39  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 735175001  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NOWY SZPITAL W NAKLE I SZUBINIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ            |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szubin/89-200/ul. Ogrodowa/9   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 500169807  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34010408700022   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Specjalistyczna w Szubinie   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szubin/89-200/ul. Ogrodowa/9   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 791371819  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Centrum Diagnostyczno - Lecznicze "Barska" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Włocławek/87-800/Barska/13   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 0542334080   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34014286300020   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Boniewie   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Boniewo/87-851/Szkolna/32  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 542334080  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Lubiemiu Kujawskim   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubień Kujawski/87-840/Zwirki i Wigury/3   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 542334080  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Wielgim  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wielgie/87-603/Starowiejska/87   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 542334080  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Szpital Barska Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                     |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Włocławek/87-800/Barska/13   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 542334080  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Fundacja "Zdrowie dla Ciebie"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/                   | BYDGOSZCZ/85-231/KRÓLEWEJ JADWIGI/16   |                       |                             |

|   |   |                              |                                    |
|---|---|------------------------------|------------------------------------|
| ulica i nr domu                                     |   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 781449205   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34019757400037  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Fundacja Zdrowie dla Ciebie   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYDGOSZCZ/85-231/KRÓLOWEJ JADWIGI/16  |                              | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 781449205   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 15-01-2021  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Pod Gruszą" Dariusz Kreft                            |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wierzchucin Królewski/86-017/Wierzchucin Królewski/27                                       |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 799209120   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34024433900030  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "Pod Gruszą" Dariusz Kreft   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wierzchucin Królewski/86-017/Wierzchucin Królewski/27                                       |                              | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 734734527   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej RAT-MED Gerard Ratkowski                              |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Skrwilno/87-510/Kasztanowa/2  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 502383661   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34051295200026  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ RAT-MED  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Skrwilno/87-510/Kasztanowa/2  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 502383661   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. Dr Jana Bizuela w Bydgoszczy                                 |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-168/Ujejskiego/75  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523655356   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34051714500037  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Szpital Bizuela   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-168/Ujejskiego/75  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523655356   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE GIZINSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                           |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-676/Leśna/9  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 607688751   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34053052000032  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Gizinscy   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-676/Leśna/9  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523455080   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE "NAD BRDĄ" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                         |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-009/Dworcowa/63  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 52 518 34 70  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34054311900020  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne "NAD BRDĄ"   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-009/Dworcowa/63  |                              | 4                                  |
| telefon/ telefony                                   | 525183470   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | THORRUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pruszcz/86-120/Dworcowa/8/1   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 530-783-100   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34056215700022  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej AGAMED w Pruszczy                                     |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pruszcz/86-120/Dworcowa/8/1   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 530783100   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NZOZ "ARS MEDICA" Poradnie Specjalistyczne s.c. Dominika i Michał Bryczkowscy               |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Więcbork/89-410/Gdańska/13  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | +48606485071  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34058327700022  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "ARS MEDICA" Poradnie Specjalistyczne s.c. Dominika i Michał Bryczkowscy               |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Więcbork/89-410/Gdańska/13  |                              | 2                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523898386   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Bydgoszcz - Włodarczak Witold  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-090/Powstańców Wielkopolskich/26   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 601297146   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34061020600028  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Centrum Medyczne Bydgoszcz   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-090/Powstańców Wielkopolskich/26   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 514798088   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ANNEMED Anna Kococińska, Anna Nowakowska Spółka Jawna |                              |                                    |

|   |  |                              |                                    |
|---|--|------------------------------|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WŁOCLAWEK/87-800/OSTROWSKA/27  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 544135800  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34063540700027   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ANNEMD Anna Kocińska, Anna Nowakowska Spółka Jawna                         |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WŁOCLAWEK/87-800/OSTROWSKA/27  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 544135800  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NZOZ "Przychodnia Rodzima" Spółka Cywilna Elżbieta Wenerska Henryk Doliwka                                       |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drzycim/86-140/Dworcowa/20   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | +48603093268   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34072165000027   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "Przychodnia Rodzima" w Drzycimiu   |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Drzycim/86-140/Dworcowa/20   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523317009  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NZOZ "AWICENNA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mrocza/89-115/ul. Plac 1 Maja/9  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 695956577  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34087444800024   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | AWICENNA w Mroczu  |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Mrocza/89-115/ul. Plac 1 Maja/9  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 523856184  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NASZ FAMILY MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Obrowo/87-126/Al. Lipowa/7   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 692504268  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34106204300026   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ Nasz Family-Med   |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Obrowo/87-126/Al. Lipowa/7   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 692504268  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE "OLK-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Plac 18 Stycznia/4  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 512113491  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34119292300022   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Medyczne "OLK-MED"   |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Plac 18 Stycznia/4  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 566226666  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | MOJA PRZYCHODNIA Lekarze Rodzinni Justyna Bugajska i Monika Krzemńska s.c.                                       |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grębocin/87-122/Lubicka/11   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 506155283  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34131819800026   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Moja Przychodnia Lekarze Rodzinni  |                              | 2                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grębocin/87-122/Lubicka/11   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 566550864  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRO-MED" Małgorzata Rusak - Śmieć Spółka Jawna                            |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Baruchowo/87-821/Kłotno/111  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 54 2845690   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34136557100023   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ "PRO-MED"   |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Baruchowo/87-821/Kłotno/111  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 542845690  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Bart-Med. Grabarczyk SpJ  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-739/Kijowska/39   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 600105333  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34147680400022   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt Szczepień CM Bart-Med.   |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-739/Kijowska/39   |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 600105333  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186</b> |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NEUCA MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chelmza/87-140/Szewska 10/1  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 566756520  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 34147718100021   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Neuca Med Chelmza  |                              | 1                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chelmza/87-140/Szewska 10/1  |                              |                                    |
| telefon/ telefony                                   | 566756520  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|   |  |  |                       |                             |
|---|--|--|-----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia Neuca Med Wąbrzeźno  |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wąbrzeźno/87-200/Niedziałkowskiego/5   |  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 566870358  |  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187</b> |  |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Zespół Diagnostyczno-Lecznicy BONUS-PLUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sepólno Krajeńskie/89-400/Wojska Polskiego/10                                    |  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 523880275  |  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34148376700024   |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Zespół Diagnostyczno-Lecznicy BONUS-PLUS   |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sepólno Krajeńskie/89-400/Wojska Polskiego/10                                    |  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523880275  |  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188</b> |  |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | ALMEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZCZ/86-120/LOWIŃSKA/8C   |  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 733807777  |  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34149467600023   |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzima ALMEDIC  |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRUSZCZ/86-120/LOWIŃSKA/8C   |  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523320001  |  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189</b> |  |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Centrum Medyczne FAMILIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                 |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Więsbork/89-410/ul. Mickiewicza/17   |  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 602715638  |  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34151840200027   |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Medyczne FAMILIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                 |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Więsbork/89-410/ul. Mickiewicza/17   |  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 525225050  |  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190</b> |  |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Rodzima Jerzy Rajewski Spółka Jawna                         |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Koronowo/86-010/Dworcowa/49  |  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 602374249  |  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34158481800025   |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ "Rodzina" Przychodnia Rodzima Koronowo                                      |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Koronowo/86-010/Dworcowa/49  |  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523821854  |  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191</b> |  |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NZOZ GRUPA SUNMEDICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                     |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-794/Tytusa Chałubińskiego/6   |  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 533633692  |  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36193821200015   |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ GRUPA SUNMEDICA   |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-794/Tytusa Chałubińskiego/6   |  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523566970  |  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192</b> |  |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | MEDIC KLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                            |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-796/Melchiora Wańkowicza/1  |  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 721200246  |  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36250394700013   |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Medic Klinika - Poradnia POZ   |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-796/Melchiora Wańkowicza/1  |  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 721200246  |  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193</b> |  |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Centrum Zdrowia na Skarpie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością               |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grudziądz/86-300/Konstytucji 3-maja/3  |  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 609183911  |  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36284964000019   |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Zdrowia na Skarpie   |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grudziądz/86-300/Konstytucji 3-maja/3  |  |                       | 3                           |
| telefon/ telefony                                   | 661014444  |  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194</b> |  |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | QUATROMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świecie/86-100/Polna/2a  |  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 525626255  |  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36384711700018   |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza Rodzinnego  |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świecie/86-100/Polna/2a  |  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 525626255  |  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195</b> |  |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Przychodnia Rodzima WILCZAKI spółka cywilna Małgorzata Wilczak, Michał Wilczak   |  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-135/Bielicka/7a/1   |  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 691491819  |  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36504260700014   |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu | liczba zespołów             |



|   |  |  | (w miejscu)                 |
|---|--|--|-----------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia Rodzinna WILCZAKI  |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-135/Bielicka/7a/1   |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 525818020  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | Przychodnia Osowa s.c. Ewa Rafalska, Zbigniew Rafalski, Olga Rafalska  |  | szczępienie populacyjne     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-435/Wielorybia/106  |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 600916333  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36563241500010   |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | Przychodnia OSOWA  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-435/Wielorybia/106  |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 525838030  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | GABINET LEKARZA RODZINNEGO SŁAWOMIR JAKUBIŃSKI SPÓŁKA JAWNA  |  | szczępienie populacyjne     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRYSZCZYN/86-011/WIOSENNA/2  |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | +48604164148   |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36609545100014   |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | GABINET LEKARZA RODZINNEGO SŁAWOMIR JAKUBIŃSKI   |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TRYSZCZYN/86-011/WIOSENNA/2  |  | 3                           |
| telefon/ telefony                                   | 503762331  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | M. HOFMAN, E. KUPC' S.C.   |  | szczępienie populacyjne     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOSTYCYN/89-520/BYDGOSKA/14  |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 511847280  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36704639000033   |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE   |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GOSTYCYN/89-520/BYDGOSKA/14  |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523346024  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | ZDROWIE Kościńscy i Wspólnicy Spółka Jawna   |  | szczępienie populacyjne     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kowal/87-820/Piwna/29  |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 542842282  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36871219000012   |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | Kościńscy i Wspólnicy-ZDROWIE  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kowal/87-820/Piwna/29  |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542842282  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego i Przychodnia Specjalistyczna Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                |  | szczępienie populacyjne     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Grabowa/10  |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 691814531  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36883318900011   |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | Praktyka Lekarza Rodzinnego i Przychodnia Specjalistyczna  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Grabowa/10  |  | 2                           |
| telefon/ telefony                                   | 56648757   |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | EPOKA Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Piotr Chodkiewicz Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                            |  | szczępienie populacyjne     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żnin/88-400/ul. Aliantów/1a  |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 605-535-030  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36888104700063   |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | EPOKA Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Żnin/88-400/ul. Aliantów/1a  |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523030100  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | MODRZEW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |  | szczępienie populacyjne     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Inowrocław/88-100/Wierzbńskiego/50A  |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | +48 668882802  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 36895446700017   |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | Sanatorium Uzdrawiskowe Modrzew  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Inowrocław/88-100/Wierzbńskiego/50A  |  | 2                           |
| telefon/ telefony                                   | 523573084  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA KĘDZIERSEY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA |  | szczępienie populacyjne     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciechocinek/87-720/Bema/37A  |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 542825251  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 3861837700017  |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | NZOZ Przychodnia Lekarska Kędzierscy - Poradnia Ogólna   |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciechocinek/87-720/Bema/37A  |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542825251  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Kędzierscy w Aleksandrowie Kujawskim - Poradnia ogólna  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Aleksandrów Kujawski/87-700/Słowackiego/20   |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542825251  |  |                             |

|   |   |                       |                             |
|---|---|-----------------------|-----------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | KAMED ROGOWO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                            |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROGOWO/87-515/Rogowo/32   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 502731196   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 38672149900015  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KAMED" W ROGOWIE                         |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROGOWO/87-515/Rogowo/32   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 542801629   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NZOZ Praktyka Lekarska Ewa Winczyk  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciechocinek/87-720/Lipowa/2   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 509408419   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 47315931700028  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ Praktyka Lekarska Ewa Winczyk  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciechocinek/87-720/Lipowa/2   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 505462737   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                 |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PROF-MED WE WŁOCLAWKU/87-805/Toruńska/222                                       |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 608659973   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 61038101000031  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PROF-MED WE WŁOCLAWKU   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WŁOCLAWEK/87-805/Toruńska/222   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 544210360   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NOWY SZPITAL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                            |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego/126   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 500169807   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 81273119800054  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Nowy Szpital sp. z o.o."                 |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Pruszcz/86-120/ul. Zamknieta/7  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 576670662   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Punkt Szczepień NOWY SZPITAL ŚWIECIE  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świecie/86-100/ul. Wojska Polskiego/126   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 512084873   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MACIEJA Z MIECHOWA W LASINIE |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lasin/86-320/Radzyńska/4  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 564664203 106   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87025081000042  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MACIEJA Z MIECHOWA W LASINIE |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lasin/86-320/Radzyńska/4  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 564664675   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Stolnie  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stolno/86-212/Stolno/82a  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 566865132   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87028192700048  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Stolnie  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Stolno/86-212/Stolno/82a  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 566865132   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Robakowie   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Robakowo/86-212/Robakowo/51/9   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 566865541   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Unisław/86-260/ul. Parkowa/16   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 662006695   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87028459300020  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Unisław/86-260/ul. Parkowa/16   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 667547223   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gruta/86-330/Gruta/277  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 693551278   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87028462400022  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grucie                         |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Gruta/86-330/Gruta/277  |                       |                             |

|   |  |                       |                             |
|---|--|-----------------------|-----------------------------|
| ulica i nr domu                                     |  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 564683189  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212</b> |  |                       |                             |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Wielkiej Nieszawce                                      | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wielka Nieszawka/87-165/Toruńska/18  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 501129717  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87028846700037   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Wielkiej Nieszawce                                      |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wielka Nieszawka/87-165/Toruńska/18  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 566781223  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. WŁADYSŁAWA BIEGANSKIEGO               |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grudziądz/86-300/Szpitalna/6   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 609001176  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87029873800040   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. WŁADYSŁAWA BIEGANSKIEGO               |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grudziądz/86-300/Szpitalna/6   |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                   | 566413799  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. WŁADYSŁAWA BIEGANSKIEGO               |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grudziądz/86-300/Rydygiera 15/17   |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                   | 566413799  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-01-14   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Dorota Paszke-Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Górzno       |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Górzno/87-320/ul. Pocztowa/16  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 608069065  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87029973200021   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ Ośrodek Zdrowia Górzno  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Górzno/87-320/ul. Pocztowa/16  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 608069065  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Osiek Ryszard Pankiewicz   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Osiek/87-340/Osiek/82  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 502602150  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87035775400026   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Osiek                      |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Osiek/87-340/Osiek/82  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 564938160  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Wapielsku - Artur Walasiewicz                           |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wapielsk/87-337/Wapielsk/20A   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 606803458  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87036394400048   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Wapielsku   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wapielsk/87-337/Wapielsk/20A   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 564938329  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kijewo Królewskie/86-253/ul. Chełmińska/ 7b                                      |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 798489004 56 6867014   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87040659900042   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kijewo Królewskie/86-253/ul. Chełmińska/ 7b                                      |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 566867014  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AL-MED" Aleksandra Ciach                  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABLONOWO POMORSKIE/87-330/UL. WRZOSOWA/1  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 604751447  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87040778800038   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AL-MED" Aleksandra Ciach                  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | JABLONOWO POMORSKIE/87-330/UL. WRZOSOWA/1  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 566979446  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Brozowie Cecylia Ciszewska |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZOZIE/87-313/BRZOZIE/176   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 604409661  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87040872400038   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Brozowie Cecylia Ciszewska |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZOZIE/87-313/BRZOZIE/176   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 564935050  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220</b> |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |

|   |  |  |                              |                                    |
|---|--|--|------------------------------|------------------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Praktyka Lekarza Rodzinnego Smół Jolanta"                       |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jastrzębie/87-322/Jastrzębie/15  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 690900494  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 87042929300045   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Praktyka Lekarza Rodzinnego Smół Jolanta"                       |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jastrzębie/87-322/Jastrzębie/15  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 564955710  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Nasz Lekarz" Przychodnia Medycyny Rodzinnej - Barbara Wyszyńska |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jabłonowo Pomorskie/87-330/Kościelna/6   |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 566979500  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 87043127800027   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Nasz Lekarz" Przychodnia Medycyny Rodzinnej - Barbara Wyszyńska |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jabłonowo Pomorskie/87-330/Kościelna/6   |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 566979500  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne Sławomir Jeka   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/ul. Stefana Batorego/18-22  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 662034377  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 87044854000157   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne Sławomir Jeka   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/ul. Stefana Batorego/18-22  |  |                              | 3                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 563004300  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - MEDYK Walentowicz Zygmunt                                      |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubianka/87-152/Toruńska/6   |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | +48601639688   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 87056034300024   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - MEDYK Walentowicz Zygmunt                                      |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubianka/87-152/Toruńska/6   |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 566748080  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 11-01-2021   |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 224</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Zbigniew Maciejewski                 |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jabłonowo Pomorskie/87-330/Prosta/6  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 56 49 80 124   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 87110691300022   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego                                      |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Jabłonowo Pomorskie/87-330/Prosta/6  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 564980124  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Piaski/86-300/Piaski/19  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 664 74 66 86   |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 87112002000022   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Zakład Opieki Zdrowotnej Gminy Grudziądz   |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Piaski/86-300/Piaski/19  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 564682125  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | PRYWATNA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA NOWAK & NOWAK - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Filtrowa/29b  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601625036  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 87119331000030   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | PRYWATNA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA NOWAK & NOWAK - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Filtrowa/29b  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 566235607  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Twój Lekarz" Jarosław Roznowski                                 |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chełmno/86-200/Lunawska/1  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 600282556  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 87119717500027   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Twój Lekarz"  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chełmno/86-200/Lunawska/1  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 566864471  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228</b> |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROWIE” s. c. Koperska-Buńka Małgorzata, Smoczyńska-Snieżko Wiesława        |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brodnica/87-300/Kamionka/14  |  |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 606936008  |  |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 87119770300025   |  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie" s.c.  |  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brodnica/87-300/Kamionka/14  |  |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony:                                  | 564982447  |  |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |  |                              |                                    |

|   |  |                    |                             |
|---|--|--------------------|-----------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakł. Opieki Zdrowotnej Zespół Lekarski "MEDICUS" s.c. Swarczewicz-Bejger Ewa, Swarczewicz Tomasz |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĄBRZEŹNO/87-200/GEN. PRUSZYŃSKIEGO/10   |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 508346108  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87119994900028   |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ Zespół Lekarski "MEDICUS"   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WĄBRZEŹNO/87-200/GEN. PRUSZYŃSKIEGO/10   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 508346108  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Przychodnia Osiedlowa Rubinkowo-Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Dziewulskiego/12  |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 566508002  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87126174300021   |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Osiedlowa Rubinkowo-Sp. z o.o.   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Dziewulskiego/12  |                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 566508002  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "WIMED" s.c. Krystyna Wiwatowska, Ireneusz Wiwatowski                    |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdziebnia/87-335/Świdziebnia/93  |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                  | +48602408198   |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87126520900024   |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "WIMED" s.c.   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Świdziebnia/87-335/Świdziebnia/93  |                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 564938413  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Ars Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brodnica/87-300/Aleja Leśna/1a   |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 601894818  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87152917000056   |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ars Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Brodnica/87-300/Aleja Leśna/1a   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 564982408  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | MEDICUS KAMINSCY, GAWŁOWSCY SPÓŁKA JAWNA   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRODNICA/87-300/UL. WYSPIAŃSKIEGO/6A   |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 604881031  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87153001900027   |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | MEDICUS KAMINSCY, GAWŁOWSCY SPÓŁKA JAWNA   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRODNICA/87-300/UL. WYSPIAŃSKIEGO/6A   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 694470148  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | TOMASZ TOMASZEWSKI PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kowalewo Pomorskie/87-410/Pl. Wolności/3a  |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 602131980  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87153795500020   |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ ESKULAP lek. med. Tomasz Tomaszewski  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kowalewo Pomorskie/87-410/Pl. Wolności/3a  |                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 566841020  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Przychodnia Kopernika Sp. z o.o.   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grudziądz/86-300/Chelmińska/74   |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 508134898  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87155024600021   |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA KOPERNIKA  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Grudziądz/86-300/Chelmińska/74   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 564658999  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Radosław Kedzia Prywatna Praktyka Lekarska: Przychodnia KEMED  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wąbrzeźno/87-200/Matejki/20C   |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                  | +48734414517   |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87155484700028   |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia KEMED  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wąbrzeźno/87-200/Matejki/20C   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 8734414517   |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Specjalistyczne Przychodnie Medycyny Rodzinnej Rudak-Med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością               |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Podgórska/24a   |                    |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 515078500  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87155530900024   |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Specjalistyczne Przychodnie Medycyny Rodzinnej Rudak-Med Sp. z o.o.  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Podgórska/24a   |                    | 2                           |
| telefon/ telefony:                                  | 566547820  |                    |                             |

|   |   |                       |                             |
|---|---|-----------------------|-----------------------------|
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238</b> |   |                       |                             |
| nazwa:  | Przychodnie Lekarskie HIPOKRATES - Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Dekerta/1  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 601625036   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87155992200022  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnie Lekarskie HIPOKRATES - sp. z o.o.   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Dekerta/1  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 566222449   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Na Skarpie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Konstytucji 3 Maja/19  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 566486418   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87156607500020  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Na Skarpie sp. z o.o.  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Konstytucji 3 Maja/19  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 566486418   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | CITOMED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Rakowicza/4  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 566584401   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87157349000037  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | CITOMED sp. z o.o.  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Rakowicza/4  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 566214340   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Rafał Drączkowski MONASTI   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zławień Wielka/87-134/Handlowa/31   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 698842305   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87161679000035  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza Rodzinnego Zławień Wielka  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zławień Wielka/87-134/Handlowa/31   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 563000041   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NASZ MEDYK - Lekarze - Klonowski, Krupa i Łęcki Spółka Partnerska   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Golub-Dobrzyń/87-400/Szosa Rypińska/4a  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 602267276   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 8.71625E+13   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "NASZ MEDYK   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Golub-Dobrzyń/87-400/Szosa Rypińska/4a  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 566832881   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska WRZOSY Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Szosa Chełmińska/254/258   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 512176251   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87166249000021  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska "WRZOSY"   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Toruń/87-100/Szosa Chełmińska/254/258   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 566581499   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubianka/87-152/Toruńska/97   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 515078340   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87166554100029  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINNY OŚRODEK ZDROWIA  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubianka/87-152/Toruńska/97   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 509354015   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "NAD DRWECA" Ciesielski Tomasz                                      |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciechocin/87-408/Ciechocin/170  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 566837789   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87167345700039  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ "Nad Dęwą" Ciechocin   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ciechocin/87-408/Ciechocin/170  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony:                                  | 566837789   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Teresa Kowalska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TERMED"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POTRZÓW KUJAWSKI/88-230/WIŚNIOWA/8  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 662157308   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91006286700034  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Teresa Kowalska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TERMED"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POTRZÓW KUJAWSKI/88-230/WIŚNIOWA/8  |                       | 1                           |

|   |  |                       |                             |
|---|--|-----------------------|-----------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 542654349  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| 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:                                | 605553338  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 91013205900036   |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ "Eskulap"   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADZIEJÓW/88-200/DOLNA/22  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 605553338  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Medycyny Rodzinnej Jarosław Waczyński            |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłóbka/87-840/Kłóbka/10  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 608624544  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 91013989000029   |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Jarosław Waczyński - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Medycyny Rodzinnej w Kłóbce |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kłóbka/87-840/Kłóbka/10  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 542842722  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | PROFESMED dr Bogdan Czajka   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgłowiączka/87-890/Zgłowiączka/10A   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 604452281  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 91018549800024   |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PROFESMED Bogdan Czajka  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zgłowiączka/87-890/Zgłowiączka/10A   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 604452281  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Praktyka Lekarza Rodzinnego" Antonina Bajor                 |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raciążek/87-721/Wysoka/6   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 542821410  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 91027145300028   |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Antonina Bajor  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Raciążek/87-721/Wysoka/6   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 542821410  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radziejów/88-200/ul. Szpitalna/3   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 542856200  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 91033303600049   |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radziejów/88-200/ul. Szpitalna/3   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 542856249  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Maciek Bilicki   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piotrków Kujawski/88-230/Nowa Wieś/24  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 609538578  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 91033809700034   |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | MEDIX Maciek Bilicki   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piotrków Kujawski/88-230/Nowa Wieś/24  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 542810130  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOCLAWEK/87-800/WYSZYŃSKIEGO/21   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 601 716 995  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 91035171000024   |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WŁOCLAWEK/87-800/WYSZYŃSKIEGO/21   |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                 | 601716995  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 15-01-2021   |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rypin/87-500/ul.3 Maja/2   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 509691699 54 2308600   |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 91085839400054   |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rypin/87-500/ul.3 Maja/2   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                 | 542308600  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                            | 04-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255      |  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Kolejowy Szpital Uzdrawiskowy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Ciecchocinku               |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciecchocinek/87-720/Zdrojowa/17  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                | 609541101  |                       |                             |
| identyfikator REGON                               | 91086994300020   |                       |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kolejowy Szpital Uzdrawiskowy Spółka z o.o. w Ciecchocinku   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciecchocinek/87-720/Zdrojowa/17  |                       | 1                           |

|   |   |                       |                             |
|---|---|-----------------------|-----------------------------|
| ulica i nr domu                                     |   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 609541101   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Kolejowy Szpital Uzdrawiskowy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Ciechocinku   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Aleksandrów Kujawski/87-700/Narutowicza/12  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 609541101   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91086994300037  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kolejowy Szpital Uzdrawiskowy Spółka z o.o. w Ciechocinku Oddział Zamiejscowy w Aleksandrowie Kujawskim |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Aleksandrów Kujawski/87-700/Narutowicza/12  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 609541101   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Danuta Brzoskowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MÓJ MEDYK”  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zbójno/87-645/zbójno/149  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 608320425   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91090924600033  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Danuta Brzoskowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „MÓJ MEDYK”  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zbójno/87-645/zbójno/149  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542801844   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Jadwiga Wojciechowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LUBRAMED"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubraniec/87-890/ul. Kochanowskiego/11  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 500256179   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91091653600028  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Lubramed"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lubraniec/87-890/ul. Kochanowskiego/11  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542862485   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINY WŁOCŁAWEK  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRUSZYN/87-853/SZKOLNA/14   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 542528493   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91091850600026  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PORADNIA LEKARZA POZ KRUSZYN  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRUSZYN/87-853/SZKOLNA/14   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542528493   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEKARZE RODZINNI" TOKARCZYK I WSPOLNICY SPÓŁKA JAWNA   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lipno/87-600/Kościuski/5  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 605079917   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91092006400024  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarze Rodzinni  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lipno/87-600/Kościuski/5  |                       | 6                           |
| telefon/ telefony                                   | 542873442   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO W CHROSTKOWIE   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHROSTKOWO/87-602/CHROSTKOWO/38   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542870013   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "INTERMED" S.C. HANNA ZGORZELAK, WITOLD ZGORZELAK   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUBANIE/87-732/LUBANIE/28   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 500188085   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91092038300023  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "INTERMED" S.C. HANNA ZGORZELAK, WITOLD ZGORZELAK   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LUBANIE/87-732/LUBANIE/28   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542513395   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipnie "WIMED". Zakład Opiekuńczo Leczniczy. Jolanta Wiśniewska                                       |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lipno/87-600/ul. Dębowa/21  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 693555834   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91092256000038  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipnie "WIMED"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Lipno/87-600/ul. Dębowa/21  |                       | 3                           |
| telefon/ telefony                                   | 542886814   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipnie "WIMED"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Skepe/87-630/ul. Al. 1 Maja/81  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542877036   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej. Usługi Medyczne M. i K. Waloszczyk   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobre/88-210/Lipowa/4   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 606825958   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91092650000027  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów             |



|   |   |                       | (w miejscu)                 |
|---|---|-----------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Usługi Medyczne M. i K. Waloszczyk                        |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobre/88-210/Lipowa/4   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542850050   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska "PRO-MED" Elżbieta Buczyńska   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chocień/87-850/ul. Piastowska/1/3   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 600450584   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91092860500034  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska "PRO-MED" Elżbieta Buczyńska   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chocień/87-850/ul. Piastowska/1/3   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542846821   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Nasz Lekarz" Wanda Gmyrek                                |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zbrachlin/87-731/Zbrachlin/13   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 542830371   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91093471200027  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Nasz Lekarz"   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Zbrachlin/87-731/Zbrachlin/13   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542830371   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Kolmed Sp. z o.o.  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Włocławek/87-800/Pogodna/8  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 0542368986  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91095143200029  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska Kolmed Sp. z o.o.  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Włocławek/87-800/Pogodna/8  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542368986   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Mój Lekarz" Jolanta Mado-Kuna                            |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wielgie/87-603/Starowiejska/10  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 609292433   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91095634600028  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Wielgie/87-603/Starowiejska/10  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542897118   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZESPÓŁ LEKARSKI" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Osiecin/88-220/Wyszyńskiego/19  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 0542650028  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91095810900027  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ ZESPÓŁ LEKARSKI SPÓŁKA Z O.O.  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Osiecin/88-220/Wyszyńskiego/19  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542650028   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej s. c. Krystyna Grajkowska - Marein Grajkowski             |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ostrowite/87-522/Ostrowite/8  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 660476111   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91095890200020  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ostrowitem  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ostrowite/87-522/Ostrowite/8  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542701129   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DORMED" s. c.  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rypin/87-500/Lissowskiego/16  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 694321956   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91096043100025  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DORMED" s. c.  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Rypin/87-500/Lissowskiego/16  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542807620   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Krystyna Kopa i Wspólnicy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                               |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-316/Broniewskiego/9  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 606905972   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91125672800024  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Centrum Zdrowia "Blonie"  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Bydgoszcz/85-316/Broniewskiego/9  |                       | 2                           |
| telefon/ telefony                                   | 535542156   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ AMIMED HENRYK KULIŃSKI                                    |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Włocławek/87-800/Wiejska/31   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 601389286   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91125916400037  |                       |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
|--|-----------------------|-----------------------------|
| <b>nazwa:</b> NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ AMIMED HENRYK KULIŃSKI<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Włocławek/87-800/Wiejska/31<br><b>telefon/ telefon:</b> 542331103<br><b>Data dodania do wykazu:</b> 04-01-2021<br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b>  |                       | 1                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273</b><br><b>nazwa:</b> Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PROMED MONIKA WISŁOCKA-PRZYBYŁA<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Piotrków Kujawski/88-230/Strażacka/2<br><b>telefon/ telefon:</b> 607175148<br><b>identyfikator REGON:</b> 91125974400022   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b><br><b>nazwa:</b> NZOZ PROMED MONIKA WISŁOCKA-PRZYBYŁA<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Piotrków Kujawski/88-230/Strażacka/2<br><b>telefon/ telefon:</b> 542654011<br><b>Data dodania do wykazu:</b> 04-01-2021<br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b>  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274</b><br><b>nazwa:</b> NZOZ "Przychodnia Medycyny Rodzinnej" Krzysztof Mrówczyński<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Aleksandrów Kujawski/87-700/Spółdzielcza/2E<br><b>telefon/ telefon:</b> 692175646<br><b>identyfikator REGON:</b> 91132451300037  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b><br><b>nazwa:</b> NZOZ "Przychodnia Medycyny Rodzinnej" Krzysztof Mrówczyński<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Aleksandrów Kujawski/87-700/Spółdzielcza/2E<br><b>telefon/ telefon:</b> 692175646<br><b>Data dodania do wykazu:</b> 04-01-2021<br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b>  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275</b><br><b>nazwa:</b> NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA RODZINNA EDYTA STEFANIAK-MANSOUR<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Aleksandrów Kujawski/87-700/Juliusza Słowackiego/20A<br><b>telefon/ telefon:</b> 501009158<br><b>identyfikator REGON:</b> 91133048800027  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b><br><b>nazwa:</b> Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rodzinna Edyta Stefaniak-Mansour - Aleksandrów Kujawski<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Aleksandrów Kujawski/87-700/Juliusza Słowackiego/20A<br><b>telefon/ telefon:</b> 542823229<br><b>Data dodania do wykazu:</b> 04-01-2021<br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b> | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b><br><b>nazwa:</b> NZOZ "Przychodnia Rodzinna"<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Ciechocinek/87-720/Bema/37A<br><b>telefon/ telefon:</b> 542835251<br><b>Data dodania do wykazu:</b> 04-01-2021<br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b>  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276</b><br><b>nazwa:</b> Mariola Greczaniuk<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Szuzewo/87-700/Toruńska/4<br><b>telefon/ telefon:</b> 602355387<br><b>identyfikator REGON:</b> 91133483600020   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b><br><b>nazwa:</b> NZOZ Ośrodek Zdrowia w Szuzewie<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Szuzewo/87-700/Toruńska/4<br><b>telefon/ telefon:</b> 602355387<br><b>Data dodania do wykazu:</b> 04-01-2021<br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b>  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277</b><br><b>nazwa:</b> Spółka Partnerska Reiss-Bojarska "Przy Żytniej"<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Włocławek/87-800/Lanowa/25a<br><b>telefon/ telefon:</b> 544269111<br><b>identyfikator REGON:</b> 91133551100027  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b><br><b>nazwa:</b> Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przy Żytniej"<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Włocławek/87-800/Lanowa/25a<br><b>telefon/ telefon:</b> 544269111<br><b>Data dodania do wykazu:</b> 04-01-2021<br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b>   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278</b><br><b>nazwa:</b> NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARSMED" Wojciech Woźnicki<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Dobrzyń nad Wisłą/87-610/ul. Służba Polsce/3<br><b>telefon/ telefon:</b> 606350250<br><b>identyfikator REGON:</b> 91133689300027  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b><br><b>nazwa:</b> NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARSMED" Wojciech Woźnicki<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Dobrzyń nad Wisłą/87-610/ul. Służba Polsce/3<br><b>telefon/ telefon:</b> 606350250<br><b>Data dodania do wykazu:</b> 04-01-2021<br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b>  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b><br><b>nazwa:</b> PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> TŁUCHOWO/87-605/SZKOLNA/4<br><b>telefon/ telefon:</b> 542876844<br><b>Data dodania do wykazu:</b> 04-01-2021<br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b>   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279</b><br><b>nazwa:</b> Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "WU-MED" Agnieszka Bieniek-Wujec<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Grochowski/87-610/Grochowski/4<br><b>telefon/ telefon:</b> 606757987<br><b>identyfikator REGON:</b> 91133732600020  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b><br><b>nazwa:</b> Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej WU-MED<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Grochowski/87-610/Grochowski/4<br><b>telefon/ telefon:</b> 606757987<br><b>Data dodania do wykazu:</b> 04-01-2021<br><b>Data wykreślenia z wykazu:</b>  | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280</b><br><b>nazwa:</b> Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<br><b>adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu:</b> Włocławek/87-800/Kilmskiego/16  | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |

|   |   |                              |                                    |
|---|---|------------------------------|------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                  | 515670135   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 91134032800024  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne                |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Włocławek/87-800/Kilimskiego/16   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 515670135   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Przychodnia Nr 6  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Włocławek/87-800/Kaliska/104A   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 515670135   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NZOZ "ELMED" Elżbieta Chmielewska   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nieszawa/87-730/Sienkiewicza/20   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 784529697   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 91134793900028  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ELMED"                                       |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Nieszawa/87-730/Sienkiewicza/20   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 784529697   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Rodzina" Barbara Kumor           |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BĄDKOWO/87-704/WŁOCLAWSKA/9   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 793434855   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9113490000020   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | NZOZ PRZYCHODNIA RODZINNA   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BĄDKOWO/87-704/WŁOCLAWSKA/9   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 542724705   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO KONRAD WŁODARCZYK |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONECK/87-702/WIESŁAWA ADAMCZYKA /4   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601525152   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 910033361600027   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GABINET SZCZEPIEN   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KONECK/87-702/WIESŁAWA ADAMCZYKA /4   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 542722007   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Płużnicy                           |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PLUŻNICA/87-214/PLUŻNICA/61   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 601932730   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 870223806-00047   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                      |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PLUŻNICA/87-214/PLUŻNICA/61   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 566887299   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Al-Hosam Yehya Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ALMEDIC"                      |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHODECZ/87-860/ALEJA ZWYCIĘSTWA /26   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 542848096   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 910961867-00037   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | N.Z.O.Z. ALMEDIC  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CHODECZ/87-860/ALEJA ZWYCIĘSTWA /26   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 542848096   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 04-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Centrum Opieki Leczniczej ATMA Mateusz Mularski Spółka Jawna                        |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYDGOSZCZ/85-096/KURPIŃSKIEGO 5   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 507894351   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 341397571   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Centrum Opieki Leczniczej ATMA Mateusz Mularski Spółka Jawna                        |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYDGOSZCZ/85-096/KURPIŃSKIEGO 5   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 523306912   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | FANTOMAN LUKASZ BINKOWSKI   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WŁOCLAWEK/87-800/ZBIEGNIIEWSKIEJ 14   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 695305817   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 10162041100025  |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | Punkt mobilny pobierania wymazu COVID-19  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | WŁOCLAWEK/87-800/ZBIEGNIIEWSKIEJ 14   |                              | 1                                  |
| telefon/ telefony                                   | 695305817   |                              |                                    |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021  |                              |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                              |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288</b> |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>szczępienie populacyjne</b>     |
| nazwa:  | Gmina Przychodnia w Nowem   |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWE/86-170/KOMIEROWSKIEGO 39   |                              |                                    |
| telefon/ telefony:                                  | 604443828   |                              |                                    |
| identyfikator REGON                                 | 9235536100000   |                              |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | <b>szczępienie personelu</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| nazwa:  | GMINNA PRZYCHODNIA  |                              |                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/                   | NOWE/86-170/KOMIEROWSKIEGO 39   |                              | 1                                  |

|   |   |                       |                             |
|---|---|-----------------------|-----------------------------|
| ulica i nr domu                                     |   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 523327326   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Lisewie  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LISEWO/86-230/TORUŃSKA 14   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 601932730   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 870281844   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Lisewie  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | LISEWO/86-230/TORUŃSKA 14   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 56 6768610  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | GRUDZIADZKIE CENTRUM MEDYCZNE GRUMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRUDZIADZ/86-300/MIESZKA 1 5  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 668757681   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 38214394700037  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | ZESPÓŁ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH GRUMED   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRUDZIADZ/86-300/MIESZKA 1 5  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 668757681   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Maciej Kamiński   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRUSZYN/86-014/STRAŻACKA 11   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 607309027   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34058794400025  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZÓZ "KAMED" Maciej Kamiński  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KRUSZYN/86-014/STRAŻACKA 11   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523318442   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Miejska Przychodnia Specjalistyczna   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TORUŃ/87-100/UNIWERSYTECKA 17   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 56 611-99-90  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87059741200024  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Miejska Przychodnia Specjalistyczna   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TORUŃ/87-100/UNIWERSYTECKA 17   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 535164120   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDYK" Maria Grażyna Dąbrowska                                 |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | FABIANKI/87-811/FABIANKI 87B  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 502212715   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 |   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDYK" Maria Grażyna Dąbrowska                                 |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | FABIANKI/87-811/FABIANKI 87B  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542516111   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           | 2021-01-26  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "NOV-MED" Robert Murawski                                       |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR 7/88-231  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 542851315   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 910332531-001   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PUNKT SZCZEPIEN   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | NOWY DWÓR 7/88-231  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542851315   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYKON Centrum Medyczne Ewa Kończyńska                         |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZEŚĆ KUJ./87-880/KOLEJOWA 20  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 601996544   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91013393000044  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYKON Centrum Medyczne Ewa Kończyńska                         |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZEŚĆ KUJ./87-880/KOLEJOWA 20  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542521352   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZA GRUPA MEDYCZNA SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYDGOSZCZ/85-064/CHODKIEWICZA 14/12   |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 693424008   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 382992698   |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NASZ GABINET BYDGOSZCZ  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYDGOSZCZ/85-064/CHODKIEWICZA 14/12   | 508777223             | 1                           |
| telefon/ telefony                                   |   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021  |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297</b> |   | szczępienie personelu | szczępienie populacyjne     |
| nazwa:  | NZÓZ "Saluber" s.c. Sława Daszkiewicz-Zórawska, Tadeusz Zórawski                                      |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TOPÓŁKA 120/87-875  |                       |                             |
| telefon/ telefony:                                  | 542869039   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 91092039000020  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |   | szczępienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |

|   |  |                    |                             |
|---|--|--------------------|-----------------------------|
| nazwa:  | GABINET SZCZEPIEŃ  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TOPÓŁKA 120/87-875   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542869039  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Przychodnia Chelmska s.c. Antoni-Hafat Ewa, Jakubowska Małgorzata, Muziol Agnieszka    |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chelmska/87-140/KOŚCIUSZKI 4   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                   | 566752200  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 871193220-00020  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA CHELMZYŃSKA  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Chelmska/87-140/KOŚCIUSZKI 4   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 566753300  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Papowie Biskupim                                  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PAPOWO BISKUPIE 25/86-221  |                    |                             |
| telefon/ telefony                                   | 566768121  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 8711499900020  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PZOZPAPOWO BISK.   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PAPOWO BISKUPIE 25/86-221  |                    | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 566768121  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Książkach                                |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KSIAŻKI/87-222/KS. KUJAWSKIEGO 8   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                   | 566888199  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87026369700037   |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SGZOZ W KSIAŻKACH  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | KSIAŻKI/87-222/KS. KUJAWSKIEGO 8   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 566888199  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Przychodnia w Labiszynie              |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Labiszyn/89-210/Powstańców Wielkopolskich/17   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                   | 695815712  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9312795200023  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Przychodnia w Labiszynie   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Labiszyn/89-210/Powstańców Wielkopolskich/17   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523844033  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Izbicy Kujawskiej                     |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | IZBICA KUJ./87-865/NARUTOWICZA 16  |                    |                             |
| telefon/ telefony                                   | 542865030  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 910935410-00025  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | IZBICA KUJ./87-865/NARUTOWICZA 16  |                    | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542865030  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu                     |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | INOWROCLAW/88-100/POZNAŃSKA 97   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                   | 52 35 45 320   |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9235878000050  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej  |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | INOWROCLAW/88-100/POZNAŃSKA 97   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523545259  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Marzenna Tsanakas Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OKO-MED" M.T. |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRUDZIĄDZ/86-300/IKARA 4   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                   | 601637106  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 87025292000070   |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | A002   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | GRUDZIĄDZ/86-300/IKARA 4   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 601637106  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | Gmina Przychodnia w Nowej Wsi Wielkiej   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZOZA/86-061/PRZEMYSŁOWA 1B   |                    |                             |
| telefon/ telefony                                   | 661449701  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9056490700029  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Ogólna Gminna Przychodnia   |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRZOZA/86-061/PRZEMYSŁOWA 1B   |                    | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523810175  |                    |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                    |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                    |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306</b> |  | szczenie personelu | szczenie populacyjne        |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL OBSERWACYJNO-ZAKAZNY IM. TADEUSZA BROWICZA                          |                    |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYDGOSZCZ/85-096/KURPIŃSKIEGO 5  |                    |                             |
| telefon/ telefony                                   | 052 3255631  |                    |                             |
| identyfikator REGON                                 | 97918800053  |                    |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczenie personelu | liczba zespołów             |

|   |  |  | (w miejscu)                 |
|---|--|--|-----------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia Dermatologiczna i Chorób Zakaźnych                     |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYDGOSZCZ/85-096/KURPIŃSKIEGO 5                                    |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 0523045640   |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  |                             |
| nazwa:  | Anna Agata Siedlaczek Lekarz                                       |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRODNICA/87-300/KOŚCIELNA 7/1                                      |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 508050292  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 360353308  |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Anna Agata Siedlaczek Lekarz                                       |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRODNICA/87-300/KOŚCIELNA 7/1                                      |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 508050292  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  |                             |
| nazwa:  | Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | INOWROCLAW/88-100/POZNAŃSKA 97                                     |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 52 35 45 320   |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 9235878000050  |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej                    |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | INOWROCLAW/88-100/POZNAŃSKA 97                                     |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523545259  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  |                             |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Bydgoszcz - Włodarczyk Witold                     |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYDGOSZCZ-85-090/POWSTAŃCÓW WLKP. 26                               |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 601297146  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 34061020600028   |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ Centrum Medyczne Bydgoszcz                                    |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BYDGOSZCZ-85-090/POWSTAŃCÓW WLKP. 26                               |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 525827117  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  |                             |
| nazwa:  | Anna Agata Siedlaczek Lekarz                                       |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRODNICA/87-300/KOŚCIELNA 7/1                                      |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 508050292  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 |  |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Anna Agata Siedlaczek Lekarz                                       |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BRODNICA/87-300/KOŚCIELNA 7/1                                      |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 508050292  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  |                             |
| nazwa:  | INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA Michał Szymczak     |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szubin/89-200/3 MAJA 18  |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 733100810  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 340448792  |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | PUNKT SZCZEPIENI Michał Szymczak                                   |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Szubin/89-200/3 MAJA 18  |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 791266653  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  |                             |
| nazwa:  | Prywatny Gabinet Lekarski Robert Romanek                           |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOLEC K.UJ./86-050/ZBOŻOWA 19                                      |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 602643595  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 092932870  |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Prywatny Gabinet Lekarski Robert Romanek                           |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | SOLEC K.UJ./86-050/ZBOŻOWA 19                                      |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 602643595  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  |                             |
| nazwa:  | Prywatna Praktyka Lekarska Anna Walentowicz-Urban                  |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZYSIEK/87-134/WSPÓLNA 6  |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 604556591  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 340522353  |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Prywatna Praktyka Lekarska Anna Walentowicz-Urban                  |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | PRZYSIEK/87-134/WSPÓLNA 6  |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 604556591  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  |                             |
| nazwa:  | SPECJALISTYCZNY GABITEN LEKARSKI URSZULA BERNATOWICZ-ŁOJKO         |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TORUŃ/87-100/WATZENRODEGO 15                                       |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 884750039  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 870582936  |  |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SPECJALISTYCZNY GABITEN LEKARSKI URSZULA BERNATOWICZ-ŁOJKO         |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | TORUŃ/87-100/WATZENRODEGO 15                                       |  | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 884750039  |  |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |  |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315</b> |  |  | szczępienie personelu       |
| szczępienie populacyjne                             |  |  |                             |
| nazwa:  | SPZOZ DĘBOWA ŁAKA FILIA W MAŁYM PULKOWIE                           |  |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAŁE PULKOWO 39/87-207/  |  |                             |
| telefon/ telefony                                   | 530022630  |  |                             |
| identyfikator REGON                                 | 871173631  |  |                             |

|   |  |                       |                             |
|---|--|-----------------------|-----------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |                       |                             |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                       |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | MAŁE PULKOWO 39/87-207/  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 566889199  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | SP ZOZ RADZYŃ CHELMIŃSKI   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADZYŃ CHELMIŃSKI/87-220/1000-LECIA 21   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 601932730  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 870304657  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | SP ZOZ RADZYŃ CHELMIŃSKI   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | RADZYŃ CHELMIŃSKI/87-220/1000-LECIA 21   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 601932730  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NASZE ZDROWIE JANOWSKI, OGÓRKIEWICZ SPÓŁKA JAWNA                                     |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROJEWO113/88-111   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 5232511363   |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 340106956  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | OSRODEK ZDROWIA ROJEWO   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ROJEWO113/88-111   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 5232511363   |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |  | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | OSRODEK ZDROWIA ZAWISZYN   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | ZAWISZYN 28/88-111/ROJEWO  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 523512520  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NZOZ GOL-MED. SP. Z O.O.   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Golub-Dobrzyń/87-400/Szosa Rypińska/30C  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 566835488  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 871455625  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ GOL-MED. SP. Z O.O.   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Golub-Dobrzyń/87-400/Szosa Rypińska/30C  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 566835488  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NZOZ OSRODEK ZDROWIA   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POKRZYDOWO 97/87-312   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 564985923  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 870383929  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ OSRODEK ZDROWIA   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | POKRZYDOWO 97/87-312   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 564985923  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 11-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obrowie z siedzibą w Dobrzejowicach |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobrzejowice 62/87-123   |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 608010735  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 870280945  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Gminny Ośrodek Zdrowia w Dobrzejowicach  |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Dobrzejowice 62/87-123   |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 566786797  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 13-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | NZOZ Medicom   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOBROWO 51/87-327  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 600220681  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 871099120  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | NZOZ Medicom   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | BOBROWO 51/87-327  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 564951879  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 13-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322</b> |  | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne     |
| nazwa:  | Podstawowa Opieka Zdrowotna POMED Joanna Popławska                                   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZERNIKOWO/87-640/KWIATOWA 19  |                       |                             |
| telefon/ telefony                                   | 542875073  |                       |                             |
| identyfikator REGON                                 | 341542205  |                       |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  | szczepienie personelu | liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa:  | Podstawowa Opieka Zdrowotna POMED Joanna Popławska                                   |                       |                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | CZERNIKOWO/87-640/KWIATOWA 19  |                       | 1                           |
| telefon/ telefony                                   | 542875073  |                       |                             |
| Data dodania do wykazu                              | 13-01-2021   |                       |                             |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                       |                             |