# DZIENNIK URZĘDOWY
## WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Katowice, dnia 16 października 2020 r.

Poz. 7330

Elektronicznie podpisany przez:
Krzysztof Nowak
Data: 2020-10-16 10:03:47

**OBWIESZCZENIE**
**WOJEWODY ŚLĄSKIEGO**

z dnia 16 października 2020 r.

**w sprawie opublikowania wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 - część I**

Na podstawie art. 7 ust. 3 *ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 375)* ogłaszam, opracowany przez dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach w porozumieniu z Wojewodą Śląskim, wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 będący załącznikiem do niniejszego obwieszczenia.

Niniejsze Obwieszczenie było poprzedzone obwieszczeniem Wojewody Śląskiego z dnia 16 października 2020 r. w sprawie opublikowania wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 - część I opublikowanym w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 16 października 2020 r. pod poz. 7329.

z up. Wojewody Śląskiego
I Wicewojewoda Śląski

**Jan Chrząszcz**

Załącznik do obwieszczenia
Wojewody Śląskiego
z dnia 16 października 2020 r.

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (stan na 15.10.2020)**

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Megrez Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | Tychy 43-100 Edukacji 102 | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 325 51 48 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 240872286 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY** | | | | | | | | | |
| Adres: | Tychy 43-100 Edukacji 102 | | **x** | | | | | **x** | **S** | **III** |
| Telefon: | 32 325 51 48 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **American Heart of Poland Spółka Akcyjna** | | | | | | | | | |
| Adres: | Ustroń, 43-450, ul. Sanatoryjna 1 | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 760 46 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 72347621 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital Polski im. św. Elżbiety** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Warszawska 52, 40-008 Katowice | | | | | | | **x** | | **I** |
| Telefon: | 32 604 17 99 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Powiatowy w Zawierciu** | | | | | | | | | |
| Adres: | Zawiercie 42-400 Miodowa 14 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Telefon: | 32 674 02 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276271110 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | Zawiercie 42-400 Miodowa 14 | | **x** | | | | | **x** | **S** | **II** |
| Telefon: | 32 674 02 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu** | | | | | | | | | |
| Adres: | Racibórz 47-400 Gamowska 3 | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 755 50 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276225587 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **SZPITAL RACIBÓRZ** | | | | | | | | | |
| Adres: | Racibórz 47-400 Gamowska 3 | | **x** | | | | | **x** | | **II** |
| Telefon: | 32 755 50 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **SCANMED** | | | | | | | | | |
| Adres: | Kraków 30-150 Armii Krajowej 18 | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 755 50 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 351618159 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Sosnowa 16, 42-290 Blachownia | | **x** | | | | | **x** | | |
| Telefon: | 34 327 91 75 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Sosnowa 16, 42-290 Blachownia | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | 34 327 91 75 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu** | | | | | | | | | |
| Adres: | Bytom 41-902 Stefana Żeromskiego 7 | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 396 32 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 270235840 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Oddział Obserwacyjno-Zakaźny** | | | | | | | | | |
| Adres: | Bytom 41-902 Aleja Legionów 49 | | x | | | | | x | | II |
| Telefon: | 32 281 92 41 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital Specjalistyczny w Chorzowie** | |
| Adres: | Chorzów 41-500 Zjednoczenia 10 | |
| Telefon: | 32 346 36 15 | |
| Identyfikator REGON: | 271503395 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **SZPITAL** | | | | | | | | | |
| Adres: | Chorzów 41-500 Zjednoczenia 10 | | x | | | | | x | | II |
| Telefon: | 32 346 36 15 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Ośrodek Muflon** | | | | | | | | |
| Adres: | Ustroń 43-450 Sanatoryjna 32 | | | x | | | | | |
| Telefon: | 33 854 27 11 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY** | | | | | | | | | |
| Adres: | Chorzów 41-500 Zjednoczenia 10 | | x | | | | | x | | III |
| Telefon: | 32 346 36 15 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| Nazwa: | **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P.** | |
| Adres: | Częstochowa 42-200 Bialska 104/118 | |
| Telefon: | 34 367 30 00 | |
| Identyfikator REGON: | 1281053 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital Specjalistyczny** | | | | | | | | |
| Adres: | Częstochowa 42-200 Bialska 104/118 | | | | | | | x | |
| Telefon: | 34 367 30 00 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Oddział Obserwacyjno-Zakaźny** | | | | | | | | | |
| Adres: | Częstochowa 42-200 PCK 7 | | x | | | | | x | | II |
| Telefon: | 34 367 30 15 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Punkt pobrań** | | | | | | | | |
| Adres: | Częstochowa 42-200, ul. PCK 7 | | | | | | | | S |
| Telefon: | 601 960 620 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| Nazwa: | **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie** | |
| Adres: | Cieszyn 43-400 Bielska 4 | |
| Telefon: | 33 854 92 00 | |
| Identyfikator REGON: | 313348 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital Śląski** | | | | | | | | | |
| Adres: | Cieszyn 43-400 Bielska 4 | | x | | | | | x | S | II |
| Telefon: | 33 854 92 00 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| Nazwa: | **NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM.MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE-PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY** | |
| Adres: | Wybrzeże Armii Krajowej 15, 44-102 Gliwice | |
| Telefon: | 322 789 438 | |
| Identyfikator REGON: | 000288366-00028 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Pracownia Biologii molekularnej** | | | | | | | | |
| Adres: | Wybrzeże Armii Krajowej 15, 44-102 Gliwice | | | | | | x | | |
| Telefon: | 322 789 438 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| Nazwa: | **SP ZOZ Rejonowe Pogotowie Ratunkowe w Sosnowcu** | |
| Adres: | Sosnowiec 41-200 ul. Teatralna 9 | |
| Telefon: | 32 363 60 32 | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identyfikator REGON: | 271998066 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Zespół transportu sanitarnego | **1 zespół** | | | | | | | |
| Adres: | Będzin 42-500 ul. Kościuszki 92 | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| Nazwa: | **Bielskie Pogotowie Ratunkowe** | | | | | | | | |
| Adres: | Bielsko-Biała 43-300 ul. Emilii Plater 14 | | | | | | | | |
| Telefon: | 33 815 90 45 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 1090531 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Zespół transportu sanitarnego | **1 zespół** | | | | | | | |
| Adres: | Bielsko-Biała 43-300 ul. Emilii Plater 14 | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| Nazwa: | **Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach** | | | | | | | | |
| Adres: | Katowice 40-024 ul. Powstańców 52 | | | | | | | | |
| Telefon: | 324287530 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 270151110 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Zespół transportu sanitarnego | **1 zespół** | | | | | | | |
| Adres: | Rybnik 44-200 ul. Energetyków 46 | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| Nazwa: | **SP ZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego** | | | | | | | | |
| Adres: | Częstochowa 42-202 ul. Jana Kilińskiego 10 | | | | | | | | |
| Telefon: | 34 378 52 33 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 1232787 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Zespół transportu sanitarnego | **1 zespół** | | | | | | | |
| Adres: | Częstochowa 42-202 ul. Jana Kilińskiego 10 | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublińcu** | | | | | | | | | |
| Adres: | Lubliniec 42-700 ul. Sobieskiego 9 | | | | | | | | | |
| Telefon: | 34 350 63 80 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000310083 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | Lubliniec 42-700 ul. Grunwaldzka 9 | | | | | | | x | | |
| Telefon: | 34 35063 80 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Zespół transportu sanitarnego | | | | | | | | | |
| Adres: | Lubliniec 42-700 ul. Grunwaldzka 9 | **1 zespół** | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | | |
| Adres: | Lubliniec 42-700 ul. Grunwaldzka 9 | | | | | | | | S | |
| Telefon: | 735 208 039 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | Lubliniec 42-700 ul. Grunwaldzka 9 | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **PP Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim** | | | | | | | | |
| Adres: | Wodzisław Śląski 44-300 ul. 26 Marca 51 | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 459 18 00 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000312455 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | |
| Adres: | Rydułtowy 44-280 ul. Plebiscytowa 47 | | | | | | | x | S |
| Telefon: | 511 095 235 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | Wodzisław Śląski 44-300 ul. 26 Marca 51 | | | | | | | x | S | |
| Telefon: | 32 459 18 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Zespół transportu sanitarnego | | | | | | | | | |
| Adres: | Rydułtowy 44-280 ul. Plebiscytowa 47 | **1 zespół** | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport** | **leczenie/** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne** | **test na** | **wstępna** | **punkt pobrań** | **Poziom** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | Rydułtowy 44-280 ul. Plebiscytowa 47 | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | 511 095 235 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **transport** | **leczenie/** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne** | **test na** | **wstępna** | **punkt pobrań** | **Poziom** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | Wodzisław Śląski 44-300 ul. 26 Marca 51 | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | 32 459 18 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłobucku** | | | | | | | | | |
| Adres: | Kłobuck 42-100 ul. 11 Listopada 5C | | | | | | | | | |
| Telefon: | 34 317 22 06 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000304243 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Zespół transportu sanitarnego | | | | | | | | | |
| Adres: | Kłobuck 42-100 ul. Staszica 28 | **1 zespół** | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | Kłobuck 42-100 ul. 11 Listopada 5C | | | | | | | x | S | |
| Telefon: | 34 317 28 61 w. 164 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport** | **leczenie/** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne** | **test na** | **wstępna** | **punkt pobrań** | **Poziom** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | Kłobuck 42-100 ul. 11 Listopada 5E | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | 34 317 22 06 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **ZBM Zdrowie Maria Sadowska-Wieczorek Bartosz Wieczorek Spółka jawna** | | | | | | | | |
| Adres: | Bytom/ 41-902/ ul. Powstańców Warszawskich 64B/1 | | | | | | | | |
| Telefon: | 32/745 42 37 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276624287 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Zespół transportu sanitarnego | **1 zespół** | | | | | | | |
| Adres: | Bytom/ 41-902/ ul. Powstańców Warszawskich 64B/1 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| Nazwa: | **JURA RESCUE TEAM S.C.** | | | | | | | | |
| Adres: | Zawiercie/ 42-400/ ul. Władysława Jagiełły 10 | | | | | | | | |
| Telefon: | 513 130 787 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 366530941 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Zespół transportu sanitarnego | **1 zespół** | | | | | | | |
| Adres: | Zawiercie/ 42-400/ ul. Miodowa 14 | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| Nazwa: | **DANRECH Specjalistyczny transport medyczny Daniel Porc** | | | | | | | | |
| Adres: | Dąbrowa Górnicza/ 42-530/ ul. Modrzejowska 2 | | | | | | | | |
| Telefon: | 530 233 820 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 240074886 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Zespół transportu sanitarnego | **3 zespoły** | | | | | | | |
| Adres: | Katowice/ 40-749/ ul. Ks. Bpa Bernarda Bogedaina 2 | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| Nazwa: | **Tomasz Winecki Firma transportu sanitarnego ESKULAP Wyjazdowa pomoc medyczna** | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adres: | Zabrze/ 41-818/ ul. Jana Heweliusza 13 | | | | | | | | |
| Telefon: | 500 046 977 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 3481201 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Zespół transportu sanitarnego | | | | | | | | |
| Adres: | Zabrze/ 41-818/ ul. Jana Heweliusza 13 | **2 zespoły** | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| Nazwa: | **NEFROLUX Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Sp.J.** | | | | | | | | |
| Adres: | Siemianowice Śląskie, 41-100, Szpitalna 6 | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)621 27 03 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 278288066 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Stacja Dializ Racibórz - Nefrolux | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz | | **x** | | | | | | |
| Telefon: | 32 755 51 41 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| Nazwa: | **Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia w Zabrzu (KMS)** | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10C 41-800 Zabrze | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 70 50 305 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 242742607 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Pracownia Genomiki Laboratorium Diagnostyczne | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10C 41-800 Zabrze | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | 791890330 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10C 41-800 Zabrze | | | | | | | | **S** |
| Telefon: | 604 916 306 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| Nazwa: | **Gyncentrum Sp. z o.o.** | | | | | | | | |
| Adres: | Katowice ul. Żelazna 1 | | | | | | | | |
| Telefon: | 325065777 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 383762894 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Laboratorium medyczne GymCentrum-oddział Sosnowiec PRACOWNIA WIRUSOLOGII | | | | | | **x** | | **S** |
| Adres: | Sosnowiec ul. Wojska Polskiego 8A | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 506 57 77 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Punkt pobrań - Sosnowiec | | | | | | | | **S i M** |
| Adres: | Sosnowiec ul. Wojska Polskiego 8A | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 506 50 86 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Punkt pobrań - Katowice | | | | | | | | **S i M** |
| Adres: | Katowice ul. Tadeusza Kościuszki 229 | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 506 50 86 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Punkt pobrań - Bielsko-Biała | | | | | | | | **S i M** |
| Adres: | Bielsko-Biała, Parking Miejski, ul. Władysława Broniewskiego | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 506 50 86 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Punkt pobrań - Racibórz | | | | | | | | **S i M** |
| Adres: | Racibórz, 47-400, ul. Gamowska 3 - parking przy Szpitalu Rejonowym im. Dr. Józefa Rostka w Raciborzu | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 506 50 86 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Punkt pobrań - Częstochowa | | | | | | | | |
| Adres: | Częstochowa, 42-217,ul. Adama Mickiewicza 12 (parking Miejskiego Szpitala Zespolonego) | | | | | | | | **S i M** |
| Telefon: | 32 506 50 86 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Punkt pobrań - Ruda Śląska | | | | | | | | |
| Adres: | Ruda Śląska, 41-709, ul. Czarnoleśna - parking przy stadionie lekkoatletycznym MOSiR Pogoń | | | | | | | | **S i M** |
| Telefon: | 32 506 50 86 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Punkt pobrań - Bytom | | | | | | | | |
| Adres: | Bytom, 41-902, ul. W. Kilara 29 (parking przy Teatrze Rozbark) | | | | | | | | **S** |
| Telefon: | 507 143 356 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Centrum Medyczne Mavit Sp. Z o.o.** | | | | | | | | | |
| Adres: | Warszawa, ul. Podlesna 61 | | | | | | | | | |
| Telefon: | (022)569 59 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 0016209390 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szopienicka 65, 40-431 Katowice | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)358 77 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szopienicka 65, 40-431 Katowice | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)358 77 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 34 99 207 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 271503410 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów | | | | | | | x | S | |
| Telefon: | 786 928 912 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Truchana 7, 41-500 Chorzów | | | | | | | x | | |
| Telefon: | 32 34 71 223 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | 786 928 912 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Truchana 7, 41-500 Chorzów | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | 32 34 71 223 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Chorzowska 36, 41-605 Świętochłowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000311450 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Chorzowska 36, 41-605 Świętochłowice | | | | | | | x | S | |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Chorzowska 36, 41-605 Świętochłowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 001262860 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | | | | | | x | | |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | x | | | | | | | III |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | x | | | | | | | III |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | x | | | | | | | III |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | x | | | | | | | III |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ | | x | | | | | | | III |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | x | | | | | | | III |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 9** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGICZNY | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | x | | | | | | | III |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 10** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ OTORYNOLARYNGOLOGICZNY | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | x | | | | | | | III |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 11** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | x | | | | | | | III |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 12** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ NEUROLOGII (w tym trombektomia mechaniczna w udarze niedokrwiennym mózgu) | | x | | | | | | | III |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 13 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | ODDZIAŁ GERIATRYCZNY | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | x | | | | | | | III |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 14** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ CHORÓB PŁUC | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ziołowa 45-47, 40-635 Katowice | | x | | | | | | | III |
| Telefon: | 32 245 50 41 | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach SPZOZ** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Panewnicka 65, 40-760 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)605 35 35 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276267686 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Panewnicka 65, 40-760 Katowice | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)605 35 35 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Panewnicka 65, 40-760 Katowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)605 35 35 | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im.dr J. Daaba** | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)393 42 59 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000868307 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie | | | | | | | x | |
| Telefon: | (032)393 42 59 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie | | X | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)393 42 59 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu** | |
| Adres: | ul. Batorego 15, 41-902 Bytom | |
| Telefon: | (032)786 14 00 | |
| Identyfikator REGON: | 270235892 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Batorego 15, 41-902 Bytom | | | | | | | x | |
| Telefon: | (032)786 14 00 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Batorego 15, 41-902 Bytom | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)786 14 00 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| Nazwa: | **SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu** | |
| Adres: | al. Legionów 10, 41-902 Bytom | |
| Telefon: | (032)281 02 71 | |
| Identyfikator REGON: | 000296271 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | |
| Adres: | al. Legionów 10, 41-902 Bytom | | | | | | | x | |
| Telefon: | (032)281 02 71 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | al. Legionów 10, 41-902 Bytom | | X | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)281 02 71 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. 1 Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)228 30 30 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000308270 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. 1 Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)228 30 30 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | punkt pobrań | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. 1 Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie | | | | | | | | S | |
| Telefon: | 32 228 30 30 wew. 235 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. 1 Maja 9, 41-100 Siemianowice Śląskie | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)228 30 30 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Oparzeń** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 735 74 80 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 272165010 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie | | | | | | | x | | |
| Telefon: | 32 735 74 80 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie | | x | | | | | | | I |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Telefon: | 32 735 74 80 | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **SZPITAL CHORÓB PŁUC W ORZESZU** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Gliwicka 20, 43-180 Orzesze | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)221 52 36 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276184500 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Gliwicka 20, 43-180 Orzesze | | | | | | | x | S | |
| Telefon: | (032)221 52 36 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | SZPITAL | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Gliwicka 20, 43-180 Orzesze | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)221 52 36 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ CHORÓB PŁUC | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Gliwicka 20, 43-180 Orzesze | | x | | | | | | | II |
| Telefon: | (032)221 52 36 | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **KATOWICKIE CENTRUM ONKOLOGII** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Raciborska 28, 40-074 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)251 52 31 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276201240 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)251 52 31 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Józefowska 119, 40-145 Katowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital Murcki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Alfreda Sokołowskiego 2, 40-749 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)255 63 37 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276402233 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Alfreda Sokołowskiego 2, 40-749 Katowice | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)255 61 63 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Alfreda Sokołowskiego 2, 40-749 Katowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)255 61 63 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ceglana 35, 40-514 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)358 12 54 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 001325767 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ceglana 35, 40-514 Katowice | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)358 12 54 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Medyków 14, 40-752 Katowice | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)358 12 54 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ceglana 35, 40-514 Katowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)358 12 54 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Medyków 14, 40-752 Katowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)358 12 54 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Francuska 20-24, 40-027 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)259 12 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000289070 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Francuska 20-24, 40-027 Katowice | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)259 12 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Francuska 20-24, 40-027 Katowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)259 12 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 ŚUM w Katowicach** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Medyków 16, 40-752 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)207 17 18 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 001415000 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Medyków 16, 40-752 Katowice | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)207 17 18 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adres: | ul. Medyków 16, 40-752 Katowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)207 17 18 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ PEDIATRII | | x | | | | | | | III |
| Adres: | ul. Medyków 16, 40-752 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)207 17 18 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGICZNY DLA DZIECI | | x | | | | | | | III |
| Adres: | ul. Medyków 16, 40-752 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)207 17 18 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ DLA DZIECI | | x | | | | | | | III |
| Adres: | ul. Medyków 16, 40-752 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)207 17 18 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII DLA DZIECI | | x | | | | | | | III |
| Adres: | ul. Medyków 16, 40-752 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)207 17 18 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Katowicach** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Bartosza Głowackiego 10, 40-052 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)782 73 75 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 271241038 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | x | S | |
| Adres: | ul. Bartosza Głowackiego 10, 40-052 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)782 73 75 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Bartosza Głowackiego 10, 40-052 Katowice | | x | | | | | | | I/IV |
| Telefon: | (032)782 73 75 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| Nazwa: | **SP ZOZ Szpital Nr 2 im. dr. Tadeusza Boczonia w Mysłowicach** | |
| Adres: | ul. Bytomska 41, 41-400 Mysłowice | |
| Telefon: | (032)318 33 48 | |
| Identyfikator REGON: | 000308258 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Bytomska 41, 41-400 Mysłowice | | | | | | | x | |
| Telefon: | (032)318 33 48 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Bytomska 41, 41-400 Mysłowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)318 33 48 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital św. Józefa sp. z o. o.** | |
| Adres: | ul. Stefana Okrzei 27, 43-190 Mikołów | |
| Telefon: | (032)226 59 77 | |
| Identyfikator REGON: | 273717982 | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Stefana Okrzei 27, 43-190 Mikołów | | | | | | | x | |
| Telefon: | (032)226 59 77 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Stefana Okrzei 27, 43-190 Mikołów | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)226 59 77 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **EMC Silesia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | 40-353 Katowice, ul. Morawa 31 | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 273717982 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | 40-353 Katowice, ul. Morawa 31 | | | | | | | x | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | 40-353 Katowice, ul. Morawa 31 | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Zakonu Bonifratrów w Katowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. L.Markiefki 87, 40-211 Katowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)357 62 08 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 241032074 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. L.Markiefki 87, 40-211 Katowice | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)357 62 08 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. L.Markiefki 87, 40-211 Katowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)357 62 08 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Mysłowickie Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Mikołowska 1, 41-400 Mysłowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)222 20 95 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 240985197 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Mikołowska 1, 41-400 Mysłowice | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)222 20 95 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Mikołowska 1, 41-400 Mysłowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)222 20 95 | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ludwika Waryńskiego 2, 43-190 Mikołów | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)325 76 35 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 241294970 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ludwika Waryńskiego 2, 43-190 Mikołów | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)325 76 35 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Ludwika Waryńskiego 2, 43-190 Mikołów | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)325 76 35 | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Wincentego Lipa 2, 41-703 Ruda Śląska | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)344 07 23 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 241468653 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Wincentego Lipa 2, 41-703 Ruda Śląska | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)344 07 23 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Główna 11, 41-711 Ruda Śląska | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)344 07 23 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Wincentego Lipa 2, 41-703 Ruda Śląska | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)344 07 23 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Główna 11, 41-711 Ruda Śląska | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)344 07 23 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Piekarskie Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szpitalna 11, 41-940 Piekary Śląskie | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 241542177 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szpitalna 11, 41-940 Piekary Śląskie | | | | | | | x | S | |
| Telefon: | 32 39 38 183 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szpitalna 11, 41-940 Piekary Śląskie | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | 32 39 38 183 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Miejski w Tychach** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Cicha 27, 43-100 Tychy | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)780 87 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 240977157 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Cicha 27, 43-100 Tychy | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)780 87 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Cicha 27, 43-100 Tychy | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)780 87 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Centrum Przedsiębiorczości CP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. dr. Witolda Antesa 11, 43-200 Pszczyna | | | | | | | | | |
| Telefon: | 32 214 83 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276581253 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. dr. Witolda Antesa 11, 43-200 Pszczyna | | | | | | | x | | |
| Telefon: | 32 214 83 10 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | Szpital Powiatowy w Pszczynie - punkt pobrań | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. dr. Witolda Antesa 11, 43-200 Pszczyna | | | | | | | | S | |
| Telefon: | 32 214 83 10 wew. 238 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. dr. Witolda Antesa 11, 43-200 Pszczyna | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | 32 214 83 10 wew. 238 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej** | | | | | | | | | |
| Adres: | Al. Armii Krajowej 101, 43-300 Bielsko-Biała | | | | | | | | | |
| Telefon: | 33 810 20 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 070621590 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | Szpitalny Oddział Ratunkowy | | | | | | | | | |
| Adres: | Al. Armii Krajowej 101, 43-300 Bielsko-Biała | | | | | | | x | | |
| Telefon: | 33 810 20 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| Adres: | Al. Armii Krajowej 101, 43-300 Bielsko-Biała | | x | | | | | | | I/II |
| Telefon: | 33 810 20 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej SZPITAL KOLEJOWY w Wilkowicach-Bystrej** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Żywiecka 19, 43-365 WILKOWICE | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 010657175 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Żywiecka 19, 43-365 WILKOWICE | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Żywiecka 19, 43-365 WILKOWICE | | | | | | | x | | |
| Telefon: | 48 33 812 20 20 w. 136 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Żywiecka 19, 43-365 WILKOWICE | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | 48 33 812 20 20 w. 136 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Juliana Fałata 2, 43-360 Bystra | | | | | | | | | |
| Telefon: | (033)499 19 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000640923 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Juliana Fałata 2, 43-360 Bystra | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adres: | ul. Juliana Fałata 2, 43-360 Bystra | | | | | | | | | |
| Telefon: | (033)499 19 00 | | | | | | | x | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | ul. Juliana Fałata 2, 43-360 Bystra | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Medyczne Laboratorium Diagnostyczne** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Juliana Fałata 2, 43-360 Bystra | | | | | | | | S | |
| Telefon: | (033)499 19 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Juliana Fałata 2, 43-360 Bystra | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (033)499 19 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **ODDZIAŁ CHORÓB PŁUC** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Juliana Fałata 2, 43-360 Bystra | | x | | | | | | | II |
| Telefon: | (033)499 19 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Sobieskiego 83, 43-300 Bielsko-Biała | | | | | | | | | |
| Telefon: | (033)828 40 40 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 072147187 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Sobieskiego 83, 43-300 Bielsko-Biała | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Sobieskiego 83, 43-300 Bielsko-Biała | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (033)828 40 40 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Sobieskiego 83, 43-300 Bielsko-Biała | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (033)828 40 40 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu** | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Adres: | ul. Sienkiewicza 52, 34-300 Żywiec | | | | | | | | | |
| Telefon: | 33 861 40 31 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000304421 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Sienkiewicza 52, 34-300 Żywiec | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia** | **test na obecność** | **wstępna kwalifikacja** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Sienkiewicza 52, 34-300 Żywiec | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | 33 861 40 31 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Zespół transportu sanitarnego** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Żeromskiego 7, 34-300 Żywiec | **1 zespół** | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia** | **test na obecność** | **wstępna kwalifikacja** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Sienkiewicza 52, 34-300 Żywiec | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | 33 861 40 31 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Beskidzkie Centrum Onkologii-Szpital Miejski im.Jana Pawła II w Bielsku-Białej** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Wyzwolenia 18, 43-300 Bielsko-Biała | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 242865296 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Wyzwolenia 18, 43-300 Bielsko-Biała | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Wyzwolenia 18, 43-300 Bielsko-Biała | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | 33 498 40 16 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | ul. Stanisława Wyspiańskiego 21, 43-300 Bielsko-Biała | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Stanisława Wyspiańskiego 21, 43-300 Bielsko-Biała | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | 33 827 25 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Wyzwolenia 18, 43-300 Bielsko-Biała | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | 33 498 40 16 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Stanisława Wyspiańskiego 21, 43-300 Bielsko-Biała | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | 33 827 25 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Myszkowie** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Aleja Wolności 29, 42-300 Myszków | | | | | | | | | |
| Telefon: | (034)313 88 80 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000306377 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Aleja Wolności 29, 42-300 Myszków | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Aleja Wolności 29, 42-300 Myszków | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (034)313 88 80 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | ul. Aleja Wolności 29, 42-300 Myszków | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Mobilny Punkt Pobrań Materiału Biologicznego do przeprowadzenia testów na obecność wirusa SARS-CoV-2** | | | | | | | | S | |
| Adres: | ul. Aleja Wolności 29, 42-300 Myszków | | | | | | | | | |
| Telefon: | (034)313 82 18 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Aleja Wolności 29, 42-300 Myszków | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (034)313 88 80 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Miejski Szpital Zespolony** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Mirowska 15, 42-200 Częstochowa | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 151586247 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Mirowska 15, 42-200 Częstochowa | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Szpitalny Oddział Ratunkowy** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Mirowska 15, 42-200 Częstochowa | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Mirowska 15, 42-200 Częstochowa | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr Alojzego Pawelca** | | | | | | | | | |
| Adres: | 44-300 Wodzisław Śląski Bracka 13 | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000297690 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | 44-300 Wodzisław Śląski Bracka 13 | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | 44-300 Wodzisław Śląski Bracka 13 | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | 44-300 Wodzisław Śląski Bracka 13 | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybnik** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik | | | | | | | | | |
| Telefon: | 48 32 429 10 00 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identyfikator REGON: | 272780323 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Szpitalny Oddział Ratunkowy** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | 48 32 429 10 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | 48 32 429 10 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Aleja Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie-Zdrój | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)478 42 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 272790824 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Aleja Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie-Zdrój | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Aleja Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie-Zdrój | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)478 42 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Aleja Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie-Zdrój | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)478 42 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w Żorach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Dąbrowskiego 20, 44-240 Żory | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)434 12 36 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identyfikator REGON: | 277951456 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Dąbrowskiego 20, 44-240 Żory | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Dąbrowskiego 20, 44-240 Żory | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)434 12 36 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | ul. Dąbrowskiego 20, 44-240 Żory | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Punkt Pobrań** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Dąbrowskiego 20, 44-240 Żory | | | | | | | | **S** | |
| Telefon: | (032) 434 17 81 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Dąbrowskiego 20, 44-240 Żory | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)434 12 36 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Józefa Chełmońskiego 28, 43-600 Jaworzno | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 270641184 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Józefa Chełmońskiego 28, 43-600 Jaworzno | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Szpitalny Oddział Ratunkowy** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Józefa Chełmońskiego 28, 43-600 Jaworzno | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)616 44 82 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Józefa Chełmońskiego 28, 43-600 Jaworzno | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)616 44 82 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Plac Medyków 1, 41-200 Sosnowiec | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)368 20 32 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000296495 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Plac Medyków 1, 41-200 Sosnowiec | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Szpitalny Oddział Ratunkowy** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Plac Medyków 1, 41-200 Sosnowiec | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)368 20 32 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Plac Medyków 1, 41-200 Sosnowiec | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)368 20 32 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)292 91 93 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276240724 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)292 91 93 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)292 91 93 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Chorób Płuc w Siewierzu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | 42-470 Siewierz Zbigniewa Oleśnickiego 21 | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276271179 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | 42-470 Siewierz Zbigniewa Oleśnickiego 21 | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | 42-470 Siewierz Zbigniewa Oleśnickiego 21 | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | 42-470 Siewierz Zbigniewa Oleśnickiego 21 | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)262 32 75 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 000310077 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza | **transport** | **leczenie/** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne** | **test na** | **wstępna** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Szpitalny Oddział Ratunkowy** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)262 32 75 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia** | **test na obecność** | **wstępna kwalifikacja** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)262 32 75 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza | **transport** | **leczenie/** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne** | **test na** | **wstępna** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Punkt pobrań** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza (wejście od A.Struga, pierwsza brama) | | | | | | | | **S** | |
| Telefon: | (032)621 21 12 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. SZPITALNA 40, 41-250 Czeladź | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)267 30 11 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 278209300 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. SZPITALNA 40, 41-250 Czeladź | **transport** | **leczenie/** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne** | **test na** | **wstępna** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. SZPITALNA 40, 41-250 Czeladź | | | | | | | **x** | **S** | |
| Telefon: | (032)267 30 11 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | ul. MAŁACHOWSKIEGO 12, 42-500 Będzin | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. MAŁACHOWSKIEGO 12, 42-500 Będzin | | | | | | | **x** | **S** | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. SZPITALNA 40, 41-250 Czeladź | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)267 30 11 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. MAŁACHOWSKIEGO 12, 42-500 Będzin | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Sosnowiecki Szpital Miejski Spółka z** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szpitalna 1, 41-219 Sosnowiec | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)413 01 11 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 240837054 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Szpitalna 1, 41-219 Sosnowiec | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szpitalna 1, 41-219 Sosnowiec | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)413 01 11 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | ul. Emila Zegadłowicza 3, 41-200 Sosnowiec | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Emila Zegadłowicza 3, 41-200 Sosnowiec | | | | | | | **x** | **S** | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Szpitalna 1, 41-219 Sosnowiec | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)413 01 11 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Emila Zegadłowicza 3, 41-200 Sosnowiec | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71** | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| Nazwa: | **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im Prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach** | |
| Adres: | ul. 3 Maja 13-15, 41-800 Zabrze | |
| Telefon: | +48 32 370 43 07 | |
| Identyfikator REGON: | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | ul. 3 Maja 13-15, 41-800 Zabrze | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | |
| Adres: | ul. 3 Maja 13-15, 41-800 Zabrze | | | | | | | x | |
| Telefon: | +48 32 370 43 07 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | ul. ks. Karola Koziołka 1, 41-803 Zabrze | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | |
| Adres: | ul. ks. Karola Koziołka 1, 41-803 Zabrze | | | | | | | x | |
| Telefon: | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. 3 Maja 13-15, 41-800 Zabrze | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | +48 32 370 43 07 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. ks. Karola Koziołka 1, 41-803 Zabrze | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72** | | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital Psychiatryczny w Toszku** | |
| Adres: | 44-180 Toszek Gliwicka 5 | |
| Telefon: | | |
| Identyfikator REGON: | 000293114 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | 44-180 Toszek Gliwicka 5 | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | 44-180 Toszek Gliwicka 5 | | | | | | | x | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | 44-180 Toszek Gliwicka 5 | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Specjalistyczny w Zabrzu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10, 41-800 Zabrze | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 272735162 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10, 41-800 Zabrze | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10, 41-800 Zabrze | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)373 23 12 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10, 41-800 Zabrze | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)373 23 12 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Chorób Płuc im.Św. Józefa w Pilchowicach** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Dworcowa 31, 44-145 Pilchowice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)235 65 27 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276215293 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Dworcowa 31, 44-145 Pilchowice | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Dworcowa 31, 44-145 Pilchowice | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)235 65 27 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Dworcowa 31, 44-145 Pilchowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)235 65 27 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital w Pyskowicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | |
| Adres: | ul. SZPITALNA 2, 44-120 Pyskowice | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)233 24 24 | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 276247465 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. SZPITALNA 2, 44-120 Pyskowice | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | |
| Adres: | ul. SZPITALNA 2, 44-120 Pyskowice | | | | | | | x | |
| Telefon: | (032)233 24 24 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | ul. SZPITALNA 2, 44-120 Pyskowice | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | **Punkt pobrań** | | | | | | | | |
| Adres: | ul. SZPITALNA 2, 44-120 Pyskowice | | | | | | | | S |
| Telefon: | 663 101 236 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. SZPITALNA 2, 44-120 Pyskowice | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)233 24 24 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nazwa: | **Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Zygmunta Starego 20, 44-100 Gliwice | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 242995277 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Zygmunta Starego 20, 44-100 Gliwice | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Zygmunta Starego 20, 44-100 Gliwice | | | | | | | x | S |
| Telefon: | 32 330 83 15 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | ul. Tadeusza Kościuszki 29, 44-100 Gliwice | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Tadeusza Kościuszki 29, 44-100 Gliwice | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | 32 461 33 33 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Stacja Dializ (II - Zygmunta Starego 20)** | | | | | | | | | |
| adres: | Zygmunta Starego 20, 44-100 Gliwice | | **x** | | | | | | | |
| telefon: | 32 330 83 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | **Szpital Miejski Nr 4** | | | | | | | | | |
| adres: | Zygmunta Starego 20, 44-100 Gliwice | | **x** | | | | | | | **II** |
| telefon: | 32 330 83 00 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VITO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Radiowa 2, 44-100 GLIWICE | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)302 98 05 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 240133028 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Radiowa 2, 44-100 GLIWICE | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Radiowa 2, 44-100 GLIWICE | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)302 98 05 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Punkt pobrań** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Radiowa 2, 44-100 GLIWICE | | | | | | | | **S** | |
| Telefon: | (032)302 98 05 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Radiowa 2, 44-100 GLIWICE | | **x** | | | | | | | **I** |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Telefon: | (032)302 98 05 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Punkt pobrań** | | | | | | | | | |
| Adres: | Bieruń, 43-155, ul. Św. Kingi 1 | | | | | | | | **S** | |
| Telefon: | (032) 302 98 63 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Wielospecjalistyczny w Gliwicach** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Tadeusza Kościuszki 1, 44-100 Gliwice | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)238 20 91 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 240336926 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Tadeusza Kościuszki 1, 44-100 Gliwice | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Tadeusza Kościuszki 1, 44-100 Gliwice | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)238 20 91 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Tadeusza Kościuszki 1, 44-100 Gliwice | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)238 20 91 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital Miejski w Zabrzu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)277 61 00 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 241127857 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Szpitalny Oddzial Ratunkowy** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)277 61 00 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)277 61 00 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Szpital w Knurowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)331 93 34 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 241297217 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów | | | | | | | x | | |
| Telefon: | (032)331 93 34 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Punkt pobrań** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów, wjazd od ul. Ogana | | | | | | | | S | |
| Telefon: | (032)331 93 34 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów | | x | | | | | | | I |
| Telefon: | (032)331 93 34 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| Nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Pulmonologii Spółka z o.o** | | | | | | | | |
| Adres: | 42-612 Tarnowskie Góry Lipowa 3 | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 241281104 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | 42-612 Tarnowskie Góry Lipowa 3 | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | |
| Adres: | 42-612 Tarnowskie Góry Lipowa 3 | | | | | | | x | |
| Telefon: | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | 42-612 Tarnowskie Góry Lipowa 3 | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| Nazwa: | **Punkt Pobrań** | | | | | | | | |
| Adres: | 42-612 Tarnowskie Góry Lipowa 3 | | | | | | | | S |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Telefon: | 726600055 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | 42-612 Tarnowskie Góry Lipowa 3 | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy Spółka Akcyjna** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Pyskowicka 47-51, 42-612 Tarnowskie Góry | | | | | | | | | |
| Telefon: | (032)390 82 04 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 241512940 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Pyskowicka 47-51, 42-612 Tarnowskie Góry | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Szpitalny Oddzial Ratunkowy** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Pyskowicka 47-51, 42-612 Tarnowskie Góry | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | (032)390 82 04 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Pyskowicka 47-51, 42-612 Tarnowskie Góry | | **x** | | | | | | | **I** |
| Telefon: | (032)390 82 04 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
| Nazwa: | **Zakon Posługujących Chorym Ojcowie Kamilianie** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Bytomska 22, 42-606 TARNOWSKIE GÓRY | | | | | | | | | |
| Telefon: | 48 693 102 789 | | | | | | | | | |
| Identyfikator REGON: | 40001646 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | ul. Bytomska 22, 42-606 TARNOWSKIE GÓRY | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| Nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Bytomska 22, 42-606 TARNOWSKIE GÓRY | | | | | | | **x** | | |
| Telefon: | 48693102789 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| Nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| Adres: | ul. Bytomska 22, 42-606 TARNOWSKIE GÓRY | | **x** | | | | | | | **I** |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Telefon: | 48693102789 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| nazwa: | **SILESIA MEDICAL CARE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | | | | | | | |
| adres: | Katowice, 40-044, ul. Szeligiewicza 20 | | | | | | | | |
| telefon: | 32 251 25 99 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 382517342 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **SANA MEDICAL CARE** | | | | | | | | |
| adres: | Katowice, 40-044, ul. Szeligiewicza 20 | | | | **x** | | | | |
| telefon: | 32 251 25 99 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| nazwa: | **Specjalistyczne Centrum Medyczne "SPEC-MED" Sp. z o.o.** | | | | | | | | |
| adres: | Częstochowa, 42-200, Aleja Wolności 14 | | | | | | | | |
| telefon: | 34 324 50 59 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 152190801 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalistyczne Centrum Medyczne "SPEC-MED"** | | | | **x** | | | | |
| adres: | Częstochowa, 42-200, Aleja Wolności 14 | | | | | | | | |
| telefon: | 34 324 50 59 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
| nazwa: | **Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Przychodni Rejonowej w Wiśle** | | | | | | | | |
| adres: | Wisła, 43-460, ul. Wyzwolenia 60D | | | | | | | | |
| telefon: | 509 149 730 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 070581637 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Dziechcinka"** | | | | **x** | | | | |
| adres: | Wisla, 43-460, ul. Wyzwolenia 60D | | | | | | | | |
| telefon: | 33 855 21 12, 33 855 24 93, 33 855 24 95 | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Izabela Kraczla-Bizoń, Zbigniew Bizoń, Sandra Bizoń BISTOM S.C.** | | | | | | | | |
| adres: | Knurów, 44-194, ul. Kapelanów Wojskowych 2/D | | | | | | | | |
| telefon: | 791 863 701 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 240860410 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **PORADNIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNA NR 1** | | | | | **x** | | | |
| adres: | Gliwice, 44-100 ul. Gwiazdy Polarnej 50 | | | | | | | | |
| telefon: | 791 883 229 | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** | | | | | | | | |
| adres: | Kraków, 31-864 , ul. prof. Michała Życzkowskiego 16 | | | | | | | | |
| telefon: | 12 29 50 100 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **PUNKT POBRAŃ** | | | | | | | | |
| adres: | Katowice, 40-282, ul. Ignacego Paderewskiego 32 c, parking Laboratorium Centralnego Diagnostyka Sp. z o.o., wjazd od ul. Sikorskiego. | | | | | | | | **S** |
| telefon: | 667 870 676 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **PUNKT POBRAŃ** | | | | | | | | |
| adres: | Bielsko-Biała, 43-316, ul. Armii Krajowej 220, parking Laboratorium Centralnego Diagnostyka Sp. z o.o., wjazd od ul. Sikorskiego | | | | | | | | **S** |
| telefon: | 663 681 846 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **PUNKT POBRAŃ** | | | | | | | | |
| adres: | Bytom, 41-902, ul. Batorego 16 | | | | | | | | **S** |
| telefon: | 728 331 384 | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | transport sanitarny | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **PUNKT POBRAŃ** | | | | | | | | |
| adres: | Żywiec, 34-400, ul. Piłsudskiego 46 | | | | | | | | **S** |
| telefon: | 661 910 065 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **PUNKT POBRAŃ** | | | | | | | | |
| adres: | Jastrzębie Zdrój, 44-330, ul. Macieja Witczaka 6 | | | | | | | | **S** |
| telefon: | 663 701 132 | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Cieszyńskie Pogotowie Ratunkowe** | | | | | | | | |
| adres: | Cieszyn, 43-400, ul. Bielska 22 | | | | | | | | |
| telefon: | 33 85 81 990 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 072607080 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **Zespół transportu sanitarnego** | | | | | | | | |
| adres: | Cieszyn, 43-400, ul. Bielska 22 | **1 zespół** | | | | | | | |
| telefon: | | | | | | | | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **MED. HOLDING S.A. w Katowicach** | | | | | | | | | |
| adres: | Katowice, ul. Strzelecka 9 | | | | | | | | | |
| telefon: | 32 205 08 51 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 241552141 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Izba przyjęć** | | | | | | | | | |
| adres: | Katowice, ul. Strzelecka 9 | | | | | | | x | | |
| telefon: | 32 205 08 51 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | **Szpital** | | | | | | | | | |
| adres: | Katowice, ul. Strzelecka 9 | | **x** | | | | | | | **I** |
| telefon: | 32 205 08 51 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **CENTRUM MEDYCZNE FEMINA KAPUŚNIAK WALECZEK SPÓŁKA JAWNA** | | | | | | | | |
| adres: | Katowice, 40-703, ul. Kłodnicka 23 | | | | | | | | |
| telefon: | (032)257 06 99 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 277481772 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **PUNKT POBRAŃ** | | | | | | | | |
| adres: | Katowice, 40-703, ul. Kłodnicka 23 | | | | | | | | **S** |
| telefon: | 575 100 192, 883 311 176 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **PRZEDSIĘBIORSTWO PRODUKCYJNO HANDLOWO USŁUGOWE BOR-POL MARIUSZ BORKOWSKI - LABORATORIUM MEDYCZNE "LAB -MED".** | | | | | | | | |
| adres: | Sośnicowice, 44-153, ul.Raciborska 9 | | | | | | | | |
| telefon: | (032) 555 05 25 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 6310206880 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **PUNKT POBRAŃ** | | | | | | | | |
| adres: | Rybnik, 44-200, ul. Wysoka 4 | | | | | | | | **S** |
| telefon: | 880 888 112 | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93 | | rodzaj realizowanych świadczeń | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **PRO4MED Sp. z o.o.** | | | | | | | | |
| adres: | Tarnowskie Góry,42-600, ul.Gliwicka 35 | | | | | | | | |
| telefon: | 48 608 070 707 | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 241740492 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **PUNKT POBRAŃ** | | | | | | | | |
| adres: | Jaworzno, 43-600, ul Stanisława Moniuszki 95 | | | | | | | | **S** |
| telefon: | 730 780 796 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **PUNKT POBRAŃ** | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| adres: | Mysłowice,41-400, ul Bończyka 32 | | | | | | | | **S** |
| telefon: | 730 780 796 | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **transport sanitarny** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID -19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **PUNKT POBRAŃ** | | | | | | | | |
| adres: | Czerwionka-Leszczyny, 44-230, ul. 3 Maja 36C | | | | | | | | **S** |
| telefon: | 535 097 503 | | | | | | | | |

**M, S - w odniesieniu do punktu pobrań informacja, czy mobilny zespół wyjazdowy (M), czy stacjonarny (S)**