



# DZIENNIK URZĘDOWY WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

---

Katowice, dnia 11 stycznia 2021 r.

Poz. 330

## OBWIESZCZENIE WOJEWODY ŚLĄSKIEGO

z dnia 11 stycznia 2021 r.

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

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 (t.j. Dz. U. poz. 1842, ze zm.) 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.

z up. Wojewody Śląskiego  
Zastępca Dyrektora Wydziału Nadzoru Prawnego

**Iwona Andruszkiewicz**

Załącznik do obwieszczenia  
Wojewody Śląskiego  
z dnia 11 stycznia 2021 r.

**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                     | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie                |                         |                             |
| Adres:                                     | Chorzów 41-500, Strzelców Bytomskich 11                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                   | (032)349 91 15                                                                                      |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                       | 271503410                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1             |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                     |                                                                                                     | W                       |                             |
| Adres:                                     | Chorzów 41-500, Strzelców Bytomskich 11                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                   |                                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                    | 24.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                 |                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2             |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                     | Ambulatorium Ogólne                                                                                 |                         | 1                           |
| Adres:                                     | Chorzów 41-500, Strzelców Bytomskich 11                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                   | 323499228                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                    | 30.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                 |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                     | Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                 |                         |                             |
| Adres:                                     | Świętochłowice 41-605, Chorzowska 38                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                   | 32 245 50 41                                                                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                       | 000311450                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1             |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                     |                                                                                                     | W                       |                             |
| Adres:                                     | Świętochłowice 41-605, Chorzowska 36                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                   |                                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                    | 24.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                 |                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2             |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                     | Poradnia Medycyny Rodzinnej                                                                         |                         | 1                           |
| Adres:                                     | Świętochłowice 41-605, Chorzowska 36                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                   | 6219500                                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                    | 30.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                 |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                     | GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH |                         |                             |
| Adres:                                     | Katowice 40-635, Ziołowa 45-47                                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                   | (032)359 80 00                                                                                      |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                       | 001262860                                                                                           |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1             |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                     |                                                                                                     | W                       |                             |
| Adres:                                     | Katowice 40-635, Ziółowa 45-47                                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                   |                                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                    | 24.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                 |                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2             |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                     | GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE IM. PROF. LESZKA GIECA ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH |                         | 1                           |
| Adres:                                     | Katowice 40-635, Ziółowa 45-47                                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                   | 323598357                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                    | 30.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                 |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                     | Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach SPZOZ                                                        |                         |                             |
| Adres:                                     | Katowice 40-760, Panewnicka 65                                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                   | (032)605 35 35                                                                                      |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                       | 276267686                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1             |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                     |                                                                                                     | W                       |                             |
| Adres:                                     | Katowice 40-760 , Panewnicka 65                                                                     |                         |                             |
| Telefon:                                   |                                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                    | 24.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                 |                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2             |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                     | Poradnia Lekarza POZ                                                                                |                         | 1                           |
| Adres:                                     | KATOWICE 40-760, PANEWNICKA 65                                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                   | 326053535                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                    | 30.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                 |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                     | Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im.dr J. Daaba                          |                         |                             |
| Adres:                                     | Piekary Śląskie 41-940, Bytomska 62                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                   | (032)393 42 59                                                                                      |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                       | 000868307                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1             |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                     |                                                                                                     | W                       |                             |
| Adres:                                     | Piekary Śląskie 41-940, Bytomska 62                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                   |                                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                    | 24.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                 |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                     | Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu                                                              |                         |                             |
| Adres:                                     | Bytom 41-902, Stefana Żeromskiego 7                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                   | (032)396 32 44                                                                                      |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                       | 270235840                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1             |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                     |                                                                                                     | W                       |                             |
| Adres:                                     | Bytom 41-902, Stefana Żeromskiego 7                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                   |                                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                    | 24.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                 |                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2             |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                     |                                                                                                     |                         |                             |

|                                                    |                                                                                   |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                             | Bytom 41-902, Al. Legionów 49                                                     | W                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b>  |                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu                                            |                                |                                    |
| Adres:                                             | Bytom 41-902, Stefana Batorego 15                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)786 14 00                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 270235892                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                   | W                              |                                    |
| Adres:                                             | Bytom 41-902, Stefana Batorego 15                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b>  |                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu                           |                                |                                    |
| Adres:                                             | Bytom 41-902, Al. Legionów 10                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)281 02 71                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000296271                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                   | W                              |                                    |
| Adres:                                             | Bytom 41-902, Al. Legionów 10                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Ambulatorium Ogólne                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                             | Bytom 41-902, Al. Legionów 10                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 323964430                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b>  |                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                             | Siemianowice Śląskie 41-100, 1 Maja 9                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)228 30 30                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000308270                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                   | W                              |                                    |
| Adres:                                             | Siemianowice Śląskie 41-100, 1 Maja 9                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | SZPITAL MIEJSKI W SIEMIANOWICACH ŚLĄSKICH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | 1                                  |
| Adres:                                             | Siemianowice Śląskie 41-100, 1 go Maja 9                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 322283030                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                    |                                                                              |                                 |                                        |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| Nazwa:                                             | Centrum Leczenia Oparzeń im. dr Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich |                                 |                                        |
| Adres:                                             | Siemianowice Śląskie 41-100, Jana Pawła II 2                                 |                                 |                                        |
| Telefon:                                           | 32 735 74 80                                                                 |                                 |                                        |
| Identyfikator REGON:                               | 272165010                                                                    |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                              | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                              |                                 |                                        |
| Adres:                                             | Siemianowice Śląskie 41-100, Jana Pawła II 2                                 | <b>W</b>                        |                                        |
| Telefon:                                           |                                                                              |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                   |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                              |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                              | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                              |                                 |                                        |
| Adres:                                             | Siemianowice Śląskie 41-100, Jana Pawła II 1                                 | <b>W</b>                        |                                        |
| Telefon:                                           |                                                                              |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                   |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                              |                                 |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |                                                                              | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>            |
| Nazwa:                                             | KATOWICKIE CENTRUM ONKOLOGII                                                 |                                 |                                        |
| Adres:                                             | Katowice 40-074, Raciborska 26                                               |                                 |                                        |
| Telefon:                                           | (032)251 52 31                                                               |                                 |                                        |
| Identyfikator REGON:                               | 276201240                                                                    |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                              | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                              |                                 |                                        |
| Adres:                                             | Katowice 40-145, Józefowska 119                                              | <b>W</b>                        |                                        |
| Telefon:                                           |                                                                              |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                   |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                              |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                              | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                              |                                 |                                        |
| Adres:                                             | Katowice 40-074, Raciborska 28                                               | <b>W</b>                        |                                        |
| Telefon:                                           |                                                                              |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                   |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                              |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                              | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Lekarza POZ                                                         |                                 |                                        |
| Adres:                                             | Katowice 40-074, Raciborska 28                                               |                                 | <b>1</b>                               |
| Telefon:                                           | 324200420                                                                    |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                   |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                              |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                              | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia geriatryczna                                                        |                                 |                                        |
| Adres:                                             | Katowice 40-145, Józefowska 119                                              |                                 | <b>1</b>                               |
| Telefon:                                           | 324200420                                                                    |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                   |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                              |                                 |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |                                                                              | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>            |
| Nazwa:                                             | Szpital Murcki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                       |                                 |                                        |
| Adres:                                             | Katowice 40-749, Sokołowskiego 2                                             |                                 |                                        |
| Telefon:                                           | (032)255 63 37                                                               |                                 |                                        |
| Identyfikator REGON:                               | 276402233                                                                    |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                              | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                              |                                 |                                        |
| Adres:                                             | Katowice 40-749, Sokołowskiego 2                                             | <b>W</b>                        |                                        |

|                                                    |                                                                                                                 |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                           |                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach        |                                |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-514, Ceglana 35                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)358 12 54                                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 001325767                                                                                                       |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                                 | <b>W</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-514, Ceglana 35                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach |                                |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-027, Francuska 20/24                                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)259 12 00                                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000289070                                                                                                       |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                                 | <b>W</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-027, Francuska 20/24                                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Katowicach     |                                |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-052, Głowackiego 10                                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)782 73 75                                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 271241038                                                                                                       |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                                 | <b>W</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-052, Głowackiego 10                                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Szpital MSW w Katowicach                                                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Częstochowa 42-200, Kopernika 38                                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 343691840                                                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Szpital MSW w Katowicach                                                                                        |                                | <b>2</b>                           |
| Adres:                                             | Katowice 40-052, Głowackiego 10                                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 327827305                                                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                                 | <b>W</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-163, Plac Sławika i Antalla 1                                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                                 |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                 |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu:                            | 11.01.2021                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | SP ZOZ Szpital Nr 2 im. dr. Tadeusza Boczonja w Mysłowicach                     |                                |                                    |
| Adres:                                             | Mysłowice 41-400, Bytomska 41                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)318 33 48                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000308258                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                 | <b>W</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Mysłowice 41-400, Bytomska 41                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Izba przyjęć                                                                    |                                | <b>2</b>                           |
| Adres:                                             | Mysłowice 41-400, Bytomska 41                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 723183292                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | "EMC Silesia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                           |                                |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-353, Morawa 31                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)256 81 49                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 241077378                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                 | <b>W</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-353, Morawa 31                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Przychodnia EMC Silesia                                                         |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Katowice 41-200, Morawa 31                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 322568149                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Zakonu Bonifratrów w Katowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-211, Leopolda Markiefki 87                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)357 62 08                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 241032074                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                 | <b>W</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-211, Leopolda Markiefki 87                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                  |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Katowice 40-211, Leopolda Markiefki 87                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                           | +48519564489                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                    |                                                                                                         |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                             | Mysłowickie Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                     |                                |                                    |
| Adres:                                             | Mysłowice 41-400, Mikołowska 1                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)317 44 00                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 24098519700024                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                         | <b>W</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Mysłowice 41-400, Mikołowska 1                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Nr 1 im. św. Karola Boromeusza - Poradnie Specjalistyczne |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Mysłowice 41-400, Mikołowska 1                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 3174400                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o.                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                             | Mikołów 43-190, Waryńskiego 2                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)325 76 35                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 241294970                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                         | <b>W</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Mikołów 43-190, Waryńskiego 2                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Przychodnia Wielospecjalistyczna - Poradnia Ogólna                                                      |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Mikołów 43-190, Okrzei 31                                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 322262072                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                         | <b>W</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Mikołów 43-190, Okrzei 31                                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 11.01.2021                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                               |                                |                                    |
| Adres:                                             | Ruda Śląska 41-703, Wincentego Lipa 2                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)344 07 23                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 241468653                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                         | <b>W</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Ruda Śląska 41-703, Wincentego Lipa 2                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia POZ                                                                                            |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Ruda Śląska 41-703, Wincentego Lipa 2                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 3440723                                                                                                 |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                          |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> |                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Piekarskie Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                      |                                |                                    |
| Adres:                                             | Piekary Śląskie 41-940, Szpitalna 11                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)393 81 00                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 241542177                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                          | W                              |                                    |
| Adres:                                             | Piekary Śląskie 41-940, Marszałka Józefa Piłsudskiego 5                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                             | Piekary Śląskie 41-940, Marszałka Józefa Piłsudskiego 5                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 324282466                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Miejski w Tychach                                                                |                                |                                    |
| Adres:                                             | Tychy 43-100, Cicha 27                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)780 87 00                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 240977157                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                          | W                              |                                    |
| Adres:                                             | Tychy 43-100, Cicha 27                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                             | Tychy 43-100, Cicha 27                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 327808742                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Megrez Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                           |                                |                                    |
| Adres:                                             | Tychy 43-100, Edukacji 102                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)325 51 71                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 240872286                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                          | W                              |                                    |
| Adres:                                             | Tychy 43-100, Edukacji 102                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Podstawowa opieka zdrowotna realizowana w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej |                                | 2                                  |
| Adres:                                             | Tychy 43-100, Edukacji 102                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 32 32 55 395                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                          |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 |                                                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                      | Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej                                                                  |                         |                             |
| Adres:                                      | Bielsko-Biała 43-316, Aleja Armii Krajowej 101                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                    | 338102000                                                                                            |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 070621590                                                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                      | W                       |                             |
| Adres:                                      | Bielsko-Biała 43-316, Al. Armii Krajowej 101                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 |                                                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętk |                         |                             |
| Adres:                                      | Ustroń 43-450, Szpitalna 11                                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                    | 33 854 26 40                                                                                         |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 243693791                                                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                      | W                       |                             |
| Adres:                                      | Ustroń 43-450, Szpitalna 11                                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 |                                                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej SZPITAL KOLEJOWY w Wilkowicach-Bystrej                |                         |                             |
| Adres:                                      | Wilkowice 43-365, Żywiecka 19                                                                        |                         |                             |
| Telefon:                                    | 33 812 20 28                                                                                         |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 010657175                                                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                      | W                       |                             |
| Adres:                                      | Wilkowice 43-365, Żywiecka 19                                                                        |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 |                                                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie                                                        |                         |                             |
| Adres:                                      | Cieszyn 43-400, Bielska 4                                                                            |                         |                             |
| Telefon:                                    | (033)852 49 33                                                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 000313348                                                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                      | W                       |                             |
| Adres:                                      | Cieszyn 43-400, Bielska 4                                                                            |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 |                                                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | American Heart of Poland Spółka Akcyjna                                                              |                         |                             |
| Adres:                                      | Ustroń 43-450, Sanatoryjna 1                                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                    | (033)854 58 59                                                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 072347621                                                                                            |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Nazwa:                                      |                                                              | W                       |                                |
| Adres:                                      | Katowice 40-008, Warszawska 52                               |                         |                                |
| Telefon:                                    |                                                              |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                              | W                       |                                |
| Adres:                                      | Ustroń 43-450, Sanatoryjna 7                                 |                         |                                |
| Telefon:                                    |                                                              |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3              |                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                      | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                       |                         | 1                              |
| Adres:                                      | Katowice 40-008, Warszawska 52                               |                         |                                |
| Telefon:                                    | 326041770                                                    |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 |                                                              | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                      | ICZ HEALTHCARE SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                                |
| Adres:                                      | Żywiec 34-300, Sienkiewicza 52                               |                         |                                |
| Telefon:                                    | 33 440 14 01                                                 |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                        | 360317488                                                    |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                              | W                       |                                |
| Adres:                                      | Żywiec 34-300, Pola Lisickich 80                             |                         |                                |
| Telefon:                                    |                                                              |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                      | Gabinet nocnej i świątecznej opieki<br>zdrowotnej            |                         | 1                              |
| Adres:                                      | Żywiec 34-000, Pola Lisickich 80                             |                         |                                |
| Telefon:                                    | 334401410                                                    |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3              |                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                      | Poradnia lekarza podstawowej opieki<br>zdrowotnej            |                         | 1                              |
| Adres:                                      | Łękawica 34-321, ul. Żywiecka 52                             |                         |                                |
| Telefon:                                    | 338651765                                                    |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 07.01.2021                                                   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 4              |                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                      | Poradnia lekarza podstawowej opieki<br>zdrowotnej            |                         | 1                              |
| Adres:                                      | Koszarawa 34-332, Koszarawa 142A                             |                         |                                |
| Telefon:                                    | 338639406                                                    |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 07.01.2021                                                   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 5              |                                                              | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                      | Poradnia lekarza podstawowej opieki<br>zdrowotnej            |                         | 1                              |
| Adres:                                      | Gilowice 34-322, ul. Krakowska 69                            |                         |                                |
| Telefon:                                    | 338653005                                                    |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 07.01.2021                                                   |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 |                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                      | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P.              |                         |                             |
| Adres:                                      | Częstochowa 42-200, Bialska 104/118                        |                         |                             |
| Telefon:                                    | (034)367 30 00                                             |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 001281053                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                            | W                       |                             |
| Adres:                                      | Częstochowa 42-200 , Bialska 104/1                         |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Gabinet Nocnej i świątecznej opieki medycznej              |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Częstochowa 42-200, Bialska 104/118                        |                         |                             |
| Telefon:                                    | 343673975                                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                            |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 |                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Myszkowie |                         |                             |
| Adres:                                      | Myszków 42-300, Aleja Wolności 29                          |                         |                             |
| Telefon:                                    | (034)313 88 80                                             |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 000306377                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                            | W                       |                             |
| Adres:                                      | Myszków 42-300, Strażacka 45                               |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                            | W                       |                             |
| Adres:                                      | Myszków 42-300, Partyzantów 21                             |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3              |                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                            | W                       |                             |
| Adres:                                      | Koziegłowy 42-350, 3 Maja 25                               |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4              |                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                            | W                       |                             |
| Adres:                                      | Myszków 42-300, Aleja Wolności 29                          |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5              |                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Poradnia ogólna                                            |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Koziegłowy 42-350, 3 Maja 25                               |                         |                             |
| Telefon:                                    | 343141220                                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 6              |                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Poradnia gruźlicy i chorób płuc                            |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Myszków 42-300, Partyzantów 21                             |                         |                             |

|                                                    |                                                                |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                           | 343130713                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>              |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Ogólna                                                |                                |                                    |
| Adres:                                             | Myszków 42-300, Strażacka 45                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343137324                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lublińcu      |                                |                                    |
| Adres:                                             | Lubliniec 42-700, Sobieskiego 9                                |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (034)350 63 80                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000310083                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                |                                |                                    |
| Adres:                                             | Lubliniec 42-700, Sobieskiego 9                                | W                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia położniczo-ginekologiczna                             |                                |                                    |
| Adres:                                             | Lubliniec 42-700, Sobieskiego 9                                |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343506367                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłobucku                            |                                |                                    |
| Adres:                                             | Kłobuck 42-100, 11 Listopada 5C                                |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (034)317 20 16                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000304243                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                |                                |                                    |
| Adres:                                             | Kłobuck 42-100, 11 Listopada 5E                                | W                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Ambulatorium nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Kłobucku |                                |                                    |
| Adres:                                             | Kłobuck 42-100, 11 Listopada 5a                                |                                | 2                                  |
| Telefon:                                           | 728994806                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Ogólna Nr 1 w Kłobucku                                |                                |                                    |
| Adres:                                             | Kłobuck 42-100, Stanisława Staszica 28                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343172656                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Ogólna w Lipiu                                        |                                |                                    |
| Adres:                                             | Lipie 42-165, Częstochowska 27                                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343188050                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                    |                                         |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                             | Poradnia Medycyny Rodzinnej w Miedźnie  |                                |                                    |
| Adres:                                             | Miedźno 42-120, Słoneczna 3             |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343193109                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Ogólna w Opatowie              |                                |                                    |
| Adres:                                             | Opatów 42-152, Tadeusza Kościuszki 27 a |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343196016                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>              |                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Medycyny Rodzinnej w Pankach   |                                |                                    |
| Adres:                                             | Panki 42-140, 1 Maja 12                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343103418                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b>              |                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Medycyny Rodzinnej w Popowie   |                                |                                    |
| Adres:                                             | Popów 42-110, PCK 4                     |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343103688                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9</b>              |                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Ogólna w Przystajni            |                                |                                    |
| Adres:                                             | Przystań 42-141, Powstańców Śląskich 7  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343191755                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10</b>             |                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Medycyny Rodzinnej we Wręczy   |                                |                                    |
| Adres:                                             | Wręczyca Wielka 42-130, Śląska 27       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343170212                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> |                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Miejski Szpital Zespolony               |                                |                                    |
| Adres:                                             | Częstochowa 42-200, Mirowska 15         |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 34 37 02 222                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 151586247                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                         |                                |                                    |
| Adres:                                             | Częstochowa 42-200, Bony Sforzy 1/3     | <b>W</b>                       |                                    |
| Telefon:                                           |                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                         |                                |                                    |
| Adres:                                             | Częstochowa 42-200, Mirowska 15         | <b>W</b>                       |                                    |
| Telefon:                                           |                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Miejski Szpital Zespolony               |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                                      |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                             | Częstochowa 42-200, Bony Sforzy 1/3                                                                  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343702641                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Miejski Szpital Zespolony                                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                             | Częstochowa 42-200, Mirowska 15                                                                      |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343702140                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                             | Warszawa 03-715, Stefana Okrzei 1A                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 32 230 22 45                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 351618159                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                             | Blachownia 42-290, Sosnowa 16                                                                        | W                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Częstochowskie Centrum Kardiologii                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                             | Częstochowa 42-200, Mickiewicza 12                                                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 343214000                                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Powiatowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rydułtówach i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą w Wodzis |                                |                                    |
| Adres:                                             | Wodzisław Śląski 44-300, 26 Marca 51                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)459 18 00                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000312455                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                             | Wodzisław Śląski 44-300, 26 Marca 51                                                                 | W                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                             | Rydułtowy 44-280, Plebiscytowa 47                                                                    | W                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku     |                                |                                    |
| Adres:                                             | Rybnik 44-200, Energetyków 46                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 32 429 10 00                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 272780323                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                             | Rybnik 44-200, Energetyków 46                                                                        | W                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                      |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                      | Gabinet diagnostyczno - zabiegowy POZ                                               |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Rybnik 44-200, Energetyków 46                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                    | 608070707                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 |                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju                         |                         |                             |
| Adres:                                      | Jastrzębie-Zdrój 44-330, Aleja Jana Pawła II 7                                      |                         |                             |
| Telefon:                                    | (032)478 42 00                                                                      |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 272790824                                                                           |                         |                             |
|                                             |                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                     | W                       |                             |
| Adres:                                      | Jastrzębie-Zdrój 44-330, Aleja Jana Pawła II 7                                      |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                     | W                       |                             |
| Adres:                                      | Jastrzębie-Zdrój 44-330, Krasickiego 21                                             |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3              |                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Poradnia (gabinet) podstawowej opieki zdrowotnej                                    |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Jastrzębie-Zdrój 44-330, Aleja Jana Pawła II 7                                      |                         |                             |
| Telefon:                                    | 324784215                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 |                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| 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              |                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                     | W                       |                             |
| Adres:                                      | Racibórz 47-400, Gamowska 3                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu                                  |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Racibórz 47-400, Gamowska 3                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                    | 327553737                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41 |                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej w Żorach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                             |
| Adres:                                      | Żory 44-240, Dąbrowskiego 20                                                        |                         |                             |
| Telefon:                                    | (032)434 12 36                                                                      |                         |                             |

|                                                    |                                                                    |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Identyfikator REGON:                               | 277951456                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                    | W                              |                                    |
| Adres:                                             | Żory 44-240, Dąbrowskiego 20                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Przychodnia Miejska w Żorach                                       |                                | 1                                  |
| Adres:                                             | Żory 44-240, Dąbrowskiego 20                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 32431224                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Przychodnia Miejska Filia w Roju                                   |                                | 1                                  |
| Adres:                                             | Żory 44-240, Gwarków 22A                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 324407688                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie                           |                                |                                    |
| Adres:                                             | Jaworzno 43-600, Józefa Chełmońskiego 28                           |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)616 44 82                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 270641184                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                    | W                              |                                    |
| Adres:                                             | Jaworzno 43-600, Grunwaldzka 235                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         | 04.01.2021                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                    | W                              |                                    |
| Adres:                                             | Jaworzno 43-600, Chełmońskiego 28                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 04.01.2021                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu |                                |                                    |
| Adres:                                             | Sosnowiec 41-200, Pl. Medyków 1                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)368 20 32                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000296495                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                    | W                              |                                    |
| Adres:                                             | Sosnowiec 41-200, Pl. Medyków 1                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                     |                                | 1                                  |
| Adres:                                             | Sosnowiec 41-200, Pl. Medyków 1                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 323682256                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Powiatowy w Zawierciu                                      |                                |                                    |

|                                                    |                                                                                                   |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                             | Zawiercie 42-400, Miodowa 14                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)672 15 32                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 276271110                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                             | Zawiercie 42-400, Miodowa 14                                                                      | <b>W</b>                       |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia Lekarza POZ                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                             | Zawiercie 42-400, Powstańców Śląskich 8                                                           |                                | <b>1</b>                           |
| Telefon:                                           | 797525213                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej |                                |                                    |
| Adres:                                             | Dąbrowa Górnicza 41-300, Szpitalna 13                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)262 32 75                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000310077                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                             | Dąbrowa Górnicza 41-300, Szpitalna 13                                                             | <b>W</b>                       |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                             | Czeladź 42-250, Szpitalna 40                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)267 30 11                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 278209300                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                             | Czeladź 41-250, Szpitalna 40                                                                      | <b>W</b>                       |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Izba przyjęć                                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                             | Czeladź 41-250, Szpitalna 40                                                                      |                                | <b>1</b>                           |
| Telefon:                                           | 32731222                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Sosnowiecki Szpital Miejski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                               |                                |                                    |
| Adres:                                             | Sosnowiec 41-219, Szpitalna 1                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)413 01 11                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 240837054                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                             | Sosnowiec 41-219, Szpitalna 1                                                                     | <b>W</b>                       |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                   |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Nazwa:                                      | Poradnia Leczenia Bólu PR-S                                                                     |                         | 1                              |
| Adres:                                      | Sosnowiec 41-219, Szpitalna 1                                                                   |                         |                                |
| Telefon:                                    | 324130243                                                                                       |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                                                      |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                 |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 |                                                                                                 | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                      | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny<br>Nr 1 im Prof. Stanisława Szyszko SUM w<br>Katowicach |                         |                                |
| Adres:                                      | Zabrze 41-800, 3 Maja 13-15                                                                     |                         |                                |
| Telefon:                                    | 32 370 43 07                                                                                    |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                        | 271566088                                                                                       |                         |                                |
|                                             |                                                                                                 |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                 | W                       |                                |
| Adres:                                      | Zabrze 41-800, 3 Maja 13-15                                                                     |                         |                                |
| Telefon:                                    |                                                                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                      |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                 |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 |                                                                                                 | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                      | Szpital Specjalistyczny w Zabrzu Spółka<br>z ograniczoną odpowiedzialnością                     |                         |                                |
| Adres:                                      | Zabrze 41-800, Marii Curie-Skłodowskiej<br>10                                                   |                         |                                |
| Telefon:                                    | (032)373 23 12                                                                                  |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                        | 272735162                                                                                       |                         |                                |
|                                             |                                                                                                 |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                 | W                       |                                |
| Adres:                                      | Zabrze 41-800, Marii Curie-Skłodowskiej<br>10                                                   |                         |                                |
| Telefon:                                    |                                                                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                      |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                 |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 |                                                                                                 | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                      | Szpital w Pyskowicach Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością                                |                         |                                |
| Adres:                                      | Pyskowice 44-120, Szpitalna 2                                                                   |                         |                                |
| Telefon:                                    | (032)233 24 24                                                                                  |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                        | 276247465                                                                                       |                         |                                |
|                                             |                                                                                                 |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                 | W                       |                                |
| Adres:                                      | Pyskowice 44-120, Szpitalna 2                                                                   |                         |                                |
| Telefon:                                    |                                                                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                      |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                 |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 |                                                                                                 | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                      | Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu                                                           |                         |                                |
| Adres:                                      | Zabrze 41-800, Marii Curie-Skłodowskiej<br>9                                                    |                         |                                |
| Telefon:                                    | (032)373 37 00                                                                                  |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                        | 001071806                                                                                       |                         |                                |
|                                             |                                                                                                 |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                 | W                       |                                |
| Adres:                                      | Zabrze 41-800, M.Curie - Skłodowskiej 9                                                         |                         |                                |
| Telefon:                                    |                                                                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                      |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                 |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                                                 | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |

|                                                    |                                                                          |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                             | Poradnia Kardiologiczna Dorosłych                                        |                                |                                    |
| Adres:                                             | Zabrze 41-800, M.Curie-Skłodowskiej 9                                    |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 603214900                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Izba Przyjęć                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                             | Zabrze 41-800, Szpitalna 2                                               |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 603214900                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                             | Gliwice 44-100, Zygmunta Starego 20                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (32) 33 08 300                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 242995277                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                             | Gliwice 44-100, Zygmunta Starego 20                                      | W                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                             | Gliwice 44-100, Tadeusza Kościuszki 29                                   | W                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                             | Gliwice 44-100, Zygmunta Starego 19                                      | W                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Szpital Miejski Nr 4-Szpital Nr 1                                        |                                |                                    |
| Adres:                                             | Gliwice 44-100, Zygmunta Starego 20                                      |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 323308301                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Wielospecjalistyczny w Gliwicach                                 |                                |                                    |
| Adres:                                             | Gliwice 44-100, Tadeusza Kościuszki 1                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)238 20 91                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 24033692600021                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                             | Gliwice 44-100, Tadeusza Kościuszki 1                                    | W                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Miejski w Zabrzu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością         |                                |                                    |
| Adres:                                             | Zabrze 41-803, Zamkowa 4                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)277 61 00                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 241127857                                                                |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                      |                                                                      | W                       |                             |
| Adres:                                      | Zabrze 41-803, Zamkowa 4                                             |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55 |                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Szpital w Knurowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością           |                         |                             |
| Adres:                                      | Knurów 44-190, Niepodległości 8                                      |                         |                             |
| Telefon:                                    | (032)331 93 34                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 241297217                                                            |                         |                             |
|                                             |                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                      | W                       |                             |
| Adres:                                      | Knurów 44-190, Niepodległości 8                                      |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej                      |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Knurów 44-190, Niepodległości 8                                      |                         |                             |
| Telefon:                                    | 323319266                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 |                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy Spółka Akcyjna                |                         |                             |
| Adres:                                      | Tarnowskie Góry 42-612, Pyskowicka 47-51                             |                         |                             |
| Telefon:                                    | (032)390 82 04                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 241512940                                                            |                         |                             |
|                                             |                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                      | W                       |                             |
| Adres:                                      | Tarnowskie Góry 42-600, Opolska 21                                   |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | NZOZ Szpital im. dr. B. Hagera - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne |                         | 3                           |
| Adres:                                      | Tarnowskie Góry 42-600, Opolska 21                                   |                         |                             |
| Telefon:                                    | 323816290                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 |                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Zakon Posługujących Chorym Ojcowie Kamilianie                        |                         |                             |
| Adres:                                      | Tarnowskie Góry 42-606, Bytomska 22                                  |                         |                             |
| Telefon:                                    | 693102789                                                            |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 040001646                                                            |                         |                             |
|                                             |                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                      | W                       |                             |
| Adres:                                      | Tarnowskie Góry 42-606, Bytomska 22                                  |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                    |                                                   |                         |                             |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                             |                                                   | W                       |                             |
| Adres:                                             | Zabrze 41-800, Dubiela 10                         |                         |                             |
| Telefon:                                           |                                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> |                                                   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                             | INTER.MED.Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                             |
| Adres:                                             | Czernichów 34-311, Strażacka 4                    |                         |                             |
| Telefon:                                           | 506038313                                         |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                               | 365853369                                         |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                             |                                                   | P                       |                             |
| Adres:                                             | Czernichów 34-311, Strażacka 4                    |                         |                             |
| Telefon:                                           |                                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> |                                                   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                             | SZPITAL ŚW. JÓZEFA SP. Z O. O.                    |                         |                             |
| Adres:                                             | Mikołów 43-190, Stefana Okrzei 27                 |                         |                             |
| Telefon:                                           | (032)226 59 75                                    |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                               | 273717982                                         |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                             |                                                   | P                       |                             |
| Adres:                                             | Mikołów 43-190, Stefana Okrzei 27                 |                         |                             |
| Telefon:                                           |                                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                   |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b> |                                                   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                             | EPIONE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ    |                         |                             |
| Adres:                                             | Katowice 40-431, Szopienicka 59                   |                         |                             |
| Telefon:                                           | (032)411 00 00                                    |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                               | 273700680                                         |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                             |                                                   | P                       |                             |
| Adres:                                             | Katowice 40-431, Szopienicka 59                   |                         |                             |
| Telefon:                                           |                                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                             | Poradnia lekarza POZ                              |                         | 1                           |
| Adres:                                             | Katowice 40-431, Ul. Szopienicka 59               |                         |                             |
| Telefon:                                           | 324110000                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                             | Poradnia POZ                                      |                         | 1                           |
| Adres:                                             | Katowice 40-723, Piotrowicka 68                   |                         |                             |
| Telefon:                                           | 324110000                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                   |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                             | Poradnia POZ                                      |                         | 1                           |
| Adres:                                             | Katowice 40-872, Zawiszy Czarnego 7a              |                         |                             |
| Telefon:                                           | 324110000                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                   |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61 |                                                                                             | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                      | OŚRODEK PIELĘGNIARSTWA POMOC W ZDROWIU I W CHOROBIĘ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| Adres:                                      | Ruda Śląska 41-710, 1 Maja 288                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                    | 322421700                                                                                   |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 272313432                                                                                   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                             | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                             | P                       |                             |
| Adres:                                      | Ruda Śląska 41-707, Cegielniana 7                                                           |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                                             | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                             | P                       |                             |
| Adres:                                      | Tarnowskie Góry 42-613, Doniecka 1e                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3              |                                                                                             | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Zespół Opieki Długoterminowej Domowej                                                       |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Ruda Śląska 41-710, 1 Maja 288                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                    | 322420506                                                                                   |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                                                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                             |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62 |                                                                                             | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | ZGROMADZENIE SŁUŻEBNIC NAJŚWIĘTSZEGO SERCA JEZUSA-REGION POLSKA                             |                         |                             |
| Adres:                                      | Bytom 41-902, Piekarska 59                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                    | (032)281 48 88                                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 00622716000028                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                             | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                             | P                       |                             |
| Adres:                                      | Bytom 41-902, Piekarska 59                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                             |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63 |                                                                                             | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | NEFROLUX LUCJAN SOBIERAJ, WOJCIECH KAMIŃSKI SPÓŁKA JAWNA                                    |                         |                             |
| Adres:                                      | Siemianowice Śląskie 41-100, Szpitalna 6                                                    |                         |                             |
| Telefon:                                    | (032)621 27 03                                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 278288066                                                                                   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                             | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                             | P                       |                             |
| Adres:                                      | Siemianowice Śląskie 41-100, Szpitalna 6                                                    |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                  |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                                             | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Punkt szczepień                                                                             |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Siemianowice Śląskie 41-100, Szpitalna 6                                                    |                         |                             |
| Telefon:                                    | 327660500                                                                                   |                         |                             |

|                                                    |                                                                                 |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | CENTRUM MEDYCZNE "BETAMED"                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-053, Barbary 21                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 32 258 27 90                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 24311525500024                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                 | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Chorzów 41-506, Raławicka 20a                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Centrum Medyczne "BETAMED" Filia Nr 11                                          |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Chorzów 41-506, Raławicka 20a                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 324202900                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | ARCHIDIECEZJALNY DOM HOSPICYJNY BŁ. JANA PAWŁA II W KATOWICACH                  |                                |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-589, Różyckiego 14D                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)609 22 45                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 242960563                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                 | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Krzyżowice 43-254, Ligonía 48                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 29.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKUŃCZO - LECZNICZY W RAJCZY                    |                                |                                    |
| Adres:                                             | Rajcza 34-370, Ujsolska 35                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (033)864 31 14                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000295969                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                 | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Rajcza 34-370, Ujsolska 35                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Beskidzkie Centrum Onkologii-Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej |                                |                                    |
| Adres:                                             | Bielsko-Biała 43-300, Wyzwolenia 18                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 33 498 40 01                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 242865296                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                 | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Bielsko-Biała 43-300, Wyspiańskiego 21                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                    |                                                                                                              |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                             | Szpital 2                                                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                             | Bielsko-Biała 43-300, Stanisława Wyspiańskiego 21                                                            |                                | 1                                  |
| Telefon:                                           | 338272500                                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Centrum Opieki i Rehabilitacji "ZDROWIE" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                             |                                |                                    |
| Adres:                                             | Częstochowa 42-200, Łukasińskiego 42/48                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 34 371 21 20                                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 151501469                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                             | Częstochowa 42-200, Łukasińskiego 42/48                                                                      | P                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY "ZŁOTA JESIEŃ" A.PĘKAŁSKA SPÓŁKA JAWNA                                           |                                |                                    |
| Adres:                                             | Zaborze 42-310, Olsztyńska 37                                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (034)314 82 52                                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 360899616                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                             | Zaborze 42-310, Olsztyńska 37                                                                                | P                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | MAGDALENA TARASEK                                                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                             | Myszków 42-300, Zawiercka 18                                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 604081530                                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 240265824                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                             | Myszków 42-300, Zawiercka 18                                                                                 | P                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku |                                |                                    |
| Adres:                                             | Rybnik 44-201, Gliwicka 33                                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)432 82 74                                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000292936                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                             | Rybnik 44-201, Gliwicka 33                                                                                   | P                              |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                              |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72 |                                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                      | BOGUSŁAWA LASOTA                                                                               |                         |                             |
| Adres:                                      | Przychody 42-436, Przychody 48                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                    | 32 670 25 37                                                                                   |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 277595895                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                | P                       |                             |
| Adres:                                      | Kocikowa 42-436, Kocikowa 42A                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73 |                                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | JOANNA BIŁEJCZUK                                                                               |                         |                             |
| Adres:                                      | Mierzęcice 42-460, Osiedle 76                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                    | 32 360 02 10                                                                                   |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 277859087                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                | P                       |                             |
| Adres:                                      | Mierzęcice 42-460, Osiedle 76                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Joanna Biłeczuk                                                                                |                         | 1                           |
| Adres:                                      | mierzęcice 42-460, Osiedle 76                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                    | 605995250                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 |                                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | "ZAKŁAD PIELEGNACYJNO - OPIEKUŃCZY NADZIEJA" DIANA NABRDALIK I TOMASZ ŁOPUSIEWICZ SPÓŁKA JAWNA |                         |                             |
| Adres:                                      | Knurów 44-193, Parkowa 1A                                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                    | 32 236 71 67                                                                                   |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 273595154                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                | P                       |                             |
| Adres:                                      | Knurów 44-193, Parkowa 1A                                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 |                                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Szpital Specjalistyczny w Chorzowie                                                            |                         |                             |
| Adres:                                      | Chorzów 41-500, Zjednoczenia 10                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                    | (032)346 36 50                                                                                 |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 271503395                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                | P                       |                             |
| Adres:                                      | Chorzów 41-500, Zjednoczenia 10                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Poradnia hepatologiczna                                                                        |                         | 2                           |
| Adres:                                      | Chorzów 41-500, Zjednoczenia 10                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                    | 323463682                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                                                     |                         |                             |

|                                                    |                                              |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> |                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | SZPITAL CHORÓB PŁUC W ORZESZU                |                                |                                    |
| Adres:                                             | Orzesze 43-180, Gliwicka 20                  |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)221 52 36                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 276184500                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                              | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Orzesze 43-180, Gliwicka 20                  |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> |                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczynach |                                |                                    |
| Adres:                                             | Łęczyny 43-140, Asnyka 2                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)216 77 01                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 272787124                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                              | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Łęczyny 43-143, Fredry 17                    |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                              | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Łęczyny 43-140, Asnyka 2                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>              |                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                              | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Łęczyny 43-143, Pokoju 17                    |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 29.12.2020                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>              |                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Punkt szczepień                              |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Łęczyny 43-140, Asnyka 2                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 322166287                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>              |                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Punkt szczepień                              |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Łęczyny 43-143, Aleksandra Fredry 17         |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 322166059                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>              |                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Punkt szczepień                              |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Łęczyny 43-143, Pokoju 17                    |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 323266253                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b> |                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                    |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                             | Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach |                                |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-752, Medyków 16                                                                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)207 17 18                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 001415000                                                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                                                                        | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Katowice 40-752, Medyków 16                                                                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b> |                                                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                             | Jaworze 43-384, Słoneczna 83                                                                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 33 817 21 66                                                                                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000297603                                                                                                                                              |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                                                                        | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Jaworze 43-384, Słoneczna 83                                                                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b> |                                                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej                                                                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                             | Bystra 43-360, Juliana Fałata 2                                                                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (033)499 19 00                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 00064092300021                                                                                                                                         |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                                                                        | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Bystra 43-360, Juliana Fałata 2                                                                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                                                         |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Bystra 43-360, Juliana Fałata 2                                                                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 334991965                                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b> |                                                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej                                                                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                             | Bielsko-Biała 43-300, Jana Sobieskiego 83                                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (033)828 40 40                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 072147187                                                                                                                                              |                                |                                    |
|                                                    |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                                                                                        | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Bielsko-Biała 43-300, Jana Sobieskiego 83                                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                                                                        |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                      | Szpital Pediatryczny w Bielsku-Białej<br>Zespół Specjalistycznych Poradni<br>Dziecięcych z Diagnostyką     |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Bielsko-Biała 43-300, Sobieskiego 83                                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                    | 338284040                                                                                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                            |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82 |                                                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Przedsiębiorstwo Uzdrowiskowe "Ustroń"<br>S.A.                                                             |                         |                             |
| Adres:                                      | Ustroń 43-450, Sanatoryjna 1                                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                    | (033)856 56 52                                                                                             |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 000288159                                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                            | P                       |                             |
| Adres:                                      | Ustroń 43-450, Sanatoryjna 7                                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Punkt szczepień                                                                                            |                         | 3                           |
| Adres:                                      | Ustroń 43-450, Sanatoryjna 1                                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                    | 338565652                                                                                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                            |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83 |                                                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | ARKA VITAE S.A.                                                                                            |                         |                             |
| Adres:                                      | Bydgoszcz 85-058, Warszawska 25                                                                            |                         |                             |
| Telefon:                                    | (033)854 36 90                                                                                             |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 340898816                                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                            | P                       |                             |
| Adres:                                      | Ustroń 43-450, Szpitalna 21                                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                            |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84 |                                                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny<br>"Bucze" w Górkach Wielkich Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                             |
| Adres:                                      | Górki Wielkie 43-436, Harcerska 31                                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                    | (033)853 92 93                                                                                             |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 072340754                                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      |                                                                                                            | P                       |                             |
| Adres:                                      | Górki Wielkie 43-436, Harcerska 31                                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                    |                                                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 24.12.2020                                                                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                                                                            |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85 |                                                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla<br>Dzieci w Jastrzębie Zdroju                                       |                         |                             |
| Adres:                                      | Jastrzębie-Zdrój 44-330, Tadeusza<br>Kościuszki 14                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                    | 324762275                                                                                                  |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 000297767                                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                    |                                                                                        |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                             |                                                                                        | P                              |                                    |
| Adres:                                             | Jastrzębie-Zdrój 44-330, Tadeusza Kościuszki 14                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                             | Sosnowiec 41-218, Gabrieli Zapolskiej 3                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)292 91 93                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 276240724                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                        | P                              |                                    |
| Adres:                                             | Sosnowiec 41-218, Gabrieli Zapolskiej 3                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE-PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY   |                                |                                    |
| Adres:                                             | Gliwice 44-102, Wybrzeże Armii Krajowej 15                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)278 86 66                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000288366                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                        | P                              |                                    |
| Adres:                                             | Gliwice 44-102, Wybrzeże Armii Krajowej 15                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | SP ZOZ "REPTY" Górnośląskie Centrum Rehabilitacji                                      |                                |                                    |
| Adres:                                             | Tarnowskie Góry 42-604, Jana Śniadeckiego 1                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)390 13 03                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000291701                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                        | P                              |                                    |
| Adres:                                             | Tarnowskie Góry 42-604, Jana Śniadeckiego 1                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny                  |                                |                                    |
| Adres:                                             | Toszek 44-180, Gliwicka 5                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 32 233 41 12                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000293114                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                                        | P                              |                                    |
| Adres:                                             | Toszek 44-180, Gliwicka 5                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                                             |                                |                                    |

|                                                    |                                                                        |                                |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90</b> |                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Szpital Chorób Płuc im.Św. Józefa w Pilchowicach                       |                                |                                    |
| Adres:                                             | Pilchowice 44-145, Dworcowa 31                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)235 65 27                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 276215293                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                        | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Pilchowice 44-145, Dworcowa 31                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91</b> |                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Pulmonologii Spółka z o.o |                                |                                    |
| Adres:                                             | Tarnowskie Góry 42-600, Lipowa 3                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)285 25 63                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 241281104                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                        | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Tarnowskie Góry 42-600, Lipowa 3                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 24.12.2020                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Zakład Pulmonologii - Zespół Poradni Specjalistycznych                 |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Tarnowskie Góry 42-600, Lipowa 3                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 322856006                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b> |                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                                |                                    |
| Adres:                                             | Goczałkowice-Zdrój 43-230, Uzdrowska 54                                |                                |                                    |
| Telefon:                                           | (032)449 21 17                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 000291888                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             |                                                                        | <b>P</b>                       |                                    |
| Adres:                                             | Goczałkowice-Zdrój 43-230, Uzdrowska 55                                |                                |                                    |
| Telefon:                                           |                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 29.12.2020                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93</b> |                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                             | Diagnostyka Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                    |                                |                                    |
| Adres:                                             | Kraków 31-864, M. Życzkowskiego 16                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 12 29 50 100                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                               | 356366975                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Punkt Szczepień                                                        |                                | <b>1</b>                           |
| Adres:                                             | Bielsko-Biała 43-300, Piłsudskiego 7                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                           | 122950100                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                        |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                      | Punkt Szczepień                                              |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Katowice 40-282, Ignacego Paderewskiego 32c                  |                         |                             |
| Telefon:                                    | 122950100                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94 |                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | Sławomir Kadłuczka NZOZ "Centrum Promocji i Ochrony Zdrowia" |                         |                             |
| Adres:                                      | Zagórze 32-555, Marszałka Józefa Piłsudskiego 226            |                         |                             |
| Telefon:                                    | 32 61 34 963                                                 |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 351369012                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Poradnia lekarza POZ                                         |                         | 1                           |
| Adres:                                      | SOSNOWIEC 41-217, WINCENTEGO KADŁUBKA 16                     |                         |                             |
| Telefon:                                    | 327107329                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95 |                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                      | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością              |                         |                             |
| Adres:                                      | Warszawa 02-676, Postępu 21 C                                |                         |                             |
| Telefon:                                    | 224504500                                                    |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                        | 140723603                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1              |                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Przychodnia Bielsko-Biała                                    |                         | 3                           |
| Adres:                                      | Bielsko-Biała 43-300, Broniewskiego 48                       |                         |                             |
| Telefon:                                    | 223322888                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2              |                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | Przychodnia Gliwice                                          |                         | 2                           |
| Adres:                                      | Gliwice 41-100, Dworcowa 25                                  |                         |                             |
| Telefon:                                    | 223322888                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3              |                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | MR Katowice - Sowińskiego 46                                 |                         | 4                           |
| Adres:                                      | Katowice 40-086, Sowińskiego 46                              |                         |                             |
| Telefon:                                    | 223322888                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4              |                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | LX Katowice - Sokolska 29                                    |                         | 3                           |
| Adres:                                      | Katowice 40-086, Sokolska 29                                 |                         |                             |
| Telefon:                                    | 223322888                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 5              |                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                      | MR Tychy - Damrota 47 A                                      |                         | 1                           |
| Adres:                                      | Tychy 43-100, Damrota 47a                                    |                         |                             |
| Telefon:                                    | 223322888                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                     | 30.12.2020                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                  |                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96 |                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |

|                                                    |                                                                                                            |                                    |                                        |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| Nazwa:                                             | POLMED Spółka Akcyjna                                                                                      |                                    |                                        |
| Adres:                                             | STAROGARD GDAŃSKI 83-200,<br>Mikołaja Kopernika 21                                                         |                                    |                                        |
| Telefon:                                           | 58 77 50 919                                                                                               |                                    |                                        |
| Identyfikator REGON:                               | 192110780                                                                                                  |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                            | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Punkt szczepień                                                                                            |                                    |                                        |
| Adres:                                             | KATOWICE 40-081, DĄBRÓWKI 10                                                                               |                                    | 1                                      |
| Telefon:                                           | 326610550                                                                                                  |                                    |                                        |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                                 |                                    |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                            |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>              |                                                                                                            | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Gabinet pielęgniarstwa POZ                                                                                 |                                    |                                        |
| Adres:                                             | SOSNOWIEC 41-200,<br>MODRZEJOWSKA 32B                                                                      |                                    | 1                                      |
| Telefon:                                           | 326610571                                                                                                  |                                    |                                        |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                                 |                                    |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                            |                                    |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>         |
| Nazwa:                                             | Zakład Lecznictwa Podstawowego i<br>Specjalistycznego "Medicor" Spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością |                                    |                                        |
| Adres:                                             | Gliwice 44-100, Cichociemnych 14                                                                           |                                    |                                        |
| Telefon:                                           | 32 23 10 047                                                                                               |                                    |                                        |
| Identyfikator REGON:                               | 276986910                                                                                                  |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                            | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Punkt Szczepień                                                                                            |                                    |                                        |
| Adres:                                             | Gliwice 44-100, Cichociemnych 14                                                                           |                                    | 1                                      |
| Telefon:                                           | 519667926                                                                                                  |                                    |                                        |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                                 |                                    |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                            |                                    |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>         |
| Nazwa:                                             | "PRZYCHODNIA SIKORNIK" SPÓŁKA Z<br>OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                       |                                    |                                        |
| Adres:                                             | Gliwice 44-100, Rybitwy 2                                                                                  |                                    |                                        |
| Telefon:                                           | 32 23 22 197                                                                                               |                                    |                                        |
| Identyfikator REGON:                               | 276883304                                                                                                  |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                            | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Przychodnia Sikornik                                                                                       |                                    |                                        |
| Adres:                                             | Gliwice 44-100, Rybitwy 2                                                                                  |                                    | 1                                      |
| Telefon:                                           | 324012990                                                                                                  |                                    |                                        |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                                 |                                    |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                         |                                                                                                            |                                    |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b> |                                                                                                            | <b>szczepienie<br/>personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>         |
| Nazwa:                                             | Niepubliczny Zakład Lecznictwa<br>Ambulatoryjnego "Michałkowice" Jarosz i<br>partnerzy, Spółka Lekarska    |                                    |                                        |
| Adres:                                             | Siemianowice Śląskie 41-103, Kościelna<br>32                                                               |                                    |                                        |
| Telefon:                                           | 32 73 56 366                                                                                               |                                    |                                        |
| Identyfikator REGON:                               | 276950354                                                                                                  |                                    |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                                                                                                            | <b>szczepienie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                             | Poradnia lekarza podstawowej opieki<br>zdrowotnej                                                          |                                    |                                        |
| Adres:                                             | SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE 41-103,<br>KOŚCIELNA 32                                                               |                                    | 1                                      |
| Telefon:                                           | 327356366                                                                                                  |                                    |                                        |
| Data dodania do wykazu:                            | 30.12.2020                                                                                                 |                                    |                                        |

|                                                     |                                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ LUPUS BIAŁOŻYT I S-KA SPÓŁKA JAWNA                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Turza Śląska 44-351, Tysiąclecia 25                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324511676                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240788717                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia LUPUS                                                                       |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Turza Śląska 44-351, Tysiąclecia 25                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324511676                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Poradnia na Dubiela Klepaczka-Wach Spółka jawna                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Pawła Dubiela 3                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 27 10 535                                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277456768                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego dla dzieci i dorosłych                                      |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Dubiela 3                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 607496551                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Dariusz Galus                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, Św. Pawła 11a                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 348 15 55                                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 271826081                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia medycyny pracy                                                                 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, św. Pawła 11 A 11A                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 0323481555                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia "ESKULAP" Sp.z o.o.                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Gliwice 44-100, Marszałka Józefa Piłsudskiego 5a                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322313231                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276935892                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia ESKULAP                               |                                | 3                                  |
| Adres:                                              | Gliwice 44-100, Plac Piłsudskiego 5a                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322312440 532276616                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Marian Szmig, Ewa Jaworowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TWOJE ZDROWIE" s.c. |                                |                                    |
| Adres:                                              | Krzanowice 47-470, Kolejowa 10                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324108006                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277287834                                                                               |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                           |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Krzanowice 47-470, Kolejowa 10                            |                         |                                |
| Telefon:                                     | 324108006                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                           |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105 |                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | PRO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością           |                         |                                |
| Adres:                                       | Czarków 43-211, Powstańców Śląskich 23                    |                         |                                |
| Telefon:                                     | 322114666                                                 |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 72361911                                                  |                         |                                |
|                                              |                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PRO-MED Sp. z o. o. |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Czarków 43-211, Powstańców Śląskich 23                    |                         |                                |
| Telefon:                                     | 322114666                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                           |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106 |                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej            |                         |                                |
| Adres:                                       | Żarki 42-310, Tadeusza Kościuszki 31                      |                         |                                |
| Telefon:                                     | 343148029                                                 |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 151790137                                                 |                         |                                |
|                                              |                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                           |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Żarki 42-310, Kościuszki 31                               |                         |                                |
| Telefon:                                     | 343161216                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                           |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107 |                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Konrad Kowalski, Iwona Kowalska POLIMED S.C.              |                         |                                |
| Adres:                                       | SOSNOWIEC 41-200, Szara 10                                |                         |                                |
| Telefon:                                     | 32 26 65 354 32 29 04 380                                 |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 241384360                                                 |                         |                                |
|                                              |                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza rodzinnego                               |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-200, Szara 10                                |                         |                                |
| Telefon:                                     | 322665354                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | poradnia lekarza rodzinnego                               |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-215, Ogrodowa 7                              |                         |                                |
| Telefon:                                     | 322938082                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                           |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108 |                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | SAFMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością            |                         |                                |
| Adres:                                       | SOSNOWIEC 41-200, gen. Stefana Grota-Roweckiego 179       |                         |                                |
| Telefon:                                     | 32 29 18 295, 29 18 297                                   |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 6564784                                                   |                         |                                |
|                                              |                                                           |                         |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                                |                         | 3                           |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-200, gen. Stefana Grota-Roweckiego 179                 |                         |                             |
| Telefon:                                     | 665000313                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109 |                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Nowiny Sp zoo                                                       |                         |                             |
| Adres:                                       | Rybnik 44-200, Orzepowicka 8                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 4226569, 4224079, 4226779                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276988003                                                           |                         |                             |
|                                              |                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Nowiny Sp.zoo                                                       |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Rybnik 44-200, Orzepowicka 8d                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324224079                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110 |                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Zespół Lekarzy Rodzinnych Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                         |                             |
| Adres:                                       | Tychy 43-100, Hutnicza 33                                           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 323262790                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276615791                                                           |                         |                             |
|                                              |                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza rodzinnego                                         |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Tychy 43-100, Hutnicza 33                                           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 323262790                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111 |                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Rejonowa SPZOZ w Rudzie Śląskiej                        |                         |                             |
| Adres:                                       | Ruda Śląska 41-706, K. Makuszyńskiego 7                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 24 32 998                                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276706683                                                           |                         |                             |
|                                              |                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Rejonowa SPZOZ w Rudzie Śląskiej                        |                         | 3                           |
| Adres:                                       | Ruda Śląska 41-706, K. Makuszyńskiego 7                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 508071947                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112 |                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Rejonowa Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                         |                             |
| Adres:                                       | RUDA ŚLĄSKA 41-711, ks. Józefa Niedzieli 51b                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 24 20 384, 32 24 21 279                                          |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276706565                                                           |                         |                             |
|                                              |                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                                |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Ruda Śląska 41-711, ks. J. Niedzieli 51b                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322421279                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                     |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113 |                                                                                                                         | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Grupowa Praktyka Lekarzy Rodzinnych "Familia" Sp. z o.o.                                                                |                         |                             |
| Adres:                                       | SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE 41-103, Wiejska 20                                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 22 98 050                                                                                                            |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276715535                                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                         | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Centrum Medyczne Familia Bańgów                                                                                         |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Siemianowice Śląskie 41-103, Bańgowska 70                                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 503171177                                                                                                               |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                              |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                         |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114 |                                                                                                                         | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Sośnica-Med" Sp.z o.o.                                                           |                         |                             |
| Adres:                                       | Gliwice 44-119, Jedności 10                                                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 27 96 303                                                                                                            |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276833223                                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                         | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                                         |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Gliwice 44-119, Jedności 10                                                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 279 63 03, 32 237 0142                                                                                               |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                              |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                         |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115 |                                                                                                                         | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Rejonowa Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rudzie Śląskiej z siedzibą przy ul. Sztolniowej 6 |                         |                             |
| Adres:                                       | Ruda Śląska 41-705, Sztolniowa 6                                                                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 24 27 550, 24 27 551                                                                                                 |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276707783                                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                         | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                                         |                         | 2                           |
| Adres:                                       | RUDA ŚLĄSKA 41-705, SZTOLNIOWA 6                                                                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322427550                                                                                                               |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                              |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                         |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116 |                                                                                                                         | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | NZOZ Euromedic Kliniki Specjalistyczne Spółka Akcyjna                                                                   |                         |                             |
| Adres:                                       | Katowice 40-519, Tadeusza Kościuszki 92b                                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 707 42 29                                                                                                            |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 362837654                                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                         | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | NZOZ EUROMEDIC                                                                                                          |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Katowice 40-519, Kościuszki 92                                                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 696898780                                                                                                               |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                              |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                         |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117 |                                                                                                                         | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Bielskie Pogotowie Ratunkowe                                                                                            |                         |                             |
| Adres:                                       | BIELSKO-BIAŁA 43-300, Emilii Plater 14                                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338159045                                                                                                               |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 1090531                                                                                                                 |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                                                                   |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Kobiernice 43-356, Żywiecka 10                                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338100395                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118 |                                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CENTRUM MEDYCZNE W.Pałyśiński, L.Włodarski, A.Tatar Spółka Jawna |                         |                             |
| Adres:                                       | CIESZYN 43-400, Frysztańska 20                                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 33 85 23 188                                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 70942118                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                        |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Cieszyn 43-400, Frysztańska 20                                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338523188                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119 |                                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Hawel Bogdan                                                                                           |                         |                             |
| Adres:                                       | Skrzysów 44-348, Zielona 26                                                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 4530291, 32 4530292, 32 4726615                                                                     |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276413337                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia medycyny pracy                                                                                |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Wodzisław Śląski 44-300, Św. Wawrzyńca 1                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324530291                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120 |                                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Ośrodków Zdrowia Gminy Mstów                     |                         |                             |
| Adres:                                       | Mstów 42-244, Wolności 58                                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343284010                                                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 151526854                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Ośrodek Zdrowia w Mokreszy                                                                             |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Mokresz 42-244, Kościelna 22                                                                           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343284519                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121 |                                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Janusz Fijoł, Barbara Węgrzyn "MEDYK" Lekarze Spółka partnerska                                        |                         |                             |
| Adres:                                       | Bieruń 43-155, Wawelska 35                                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 216 22 05                                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276901284                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Medyk - Lekarze J. Fijoł, B. Węgrzyn                                                                   |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Bieruń 43-155, Wawelska 35                                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322162205                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122 |                                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |

|                                                     |                                                                                        |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Lidia Małgorzata Maltazar - Czerczak, Aleksandra Jolanta Rodak "Polmed" Spółka Cywilna |                                |                                    |
| Adres:                                              | Siewierz 42-470, Żwirki i Wigury 33                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 67 41 327                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277494361                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Siewierz 42-470, Żwirki i Wigury 33                                                    |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 326741237                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej KOPERNIK Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-818, Konstantego Ciołkowskiego 33                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 2735813, 2734547                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276708707                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ dla dzieci zdrowych i chorych                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-818, Konstantego Ciołkowskiego 33                                            |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322735813                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Elżbieta Kelm                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-040, Powstańców 8/1                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 25 12 888                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 273284885                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-040, POWSTAŃCÓW 8/1                                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322512888                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Spółka cywilna - Aldona Szarek - Kańska, Mariola Dyrkacz -Witaszczyk                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Siemianowice Śląskie 41-100, Jana Pawła II 1                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 766 02 38, 32 766 03 48                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276979004                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Siemianowice Śląskie 41-100, Jana Pawła II 1                                           |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 327660238.327660348                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Hipokrates Praktyka Lekarska                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Marklowice 44-321, Tomasza Zana 5                                                      |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                                   |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                            | 601080764                                                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276986790                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ HIPOKRATES Praktyka Lekarska                                                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | MARKLOWICE 44-321, TOMASZA ZANA 5                                                                                                 |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 324550323                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127</b> |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | M.Kaczmarek-Jaźwiecka, E.Sroka-Gach N.Z.O.Z.Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych "ZDROWIE"S.C. E.Sroka-Gach, M.Kaczmarek-Jaźwiecka |                                |                                    |
| Adres:                                              | Żywiec 34-300, Aleja Piłsudskiego 50                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338614691                                                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72142020                                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet punktu szczepień                                                                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Żywiec 34-300, Aleja Piłsudskiego 50                                                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338614691                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128</b> |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | VERA-MED Zakład Lecznictwa Otwartego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | PISARZOWICE 43-332, Zdrowa 2                                                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 84 57 437                                                                                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72688500                                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia                                                                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pisarzowice 43-332, Zdrowa 2                                                                                                      |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338457124                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129</b> |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Przychodni Rejonowej w Wiśle                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wiśla 43-460, Wyzwolenia 60D                                                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 509149730                                                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 70581637                                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wiśla 43-460, Wyzwolenia 60D                                                                                                      |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338552493                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130</b> |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDAR Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-217, Wieluńska 28                                                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 36 80 835 509168936 507162605                                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151508661                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy                                                                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-217, Wieluńska 28                                                                                                  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 507162606                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                        |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie                                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | KNURÓW 44-190, Niepodległości 8                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 331 92 26                                                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 271506324                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | ZOZ Knurów Przychodnia nr 5                                                                                         |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Knurów 44-190, Niepodległości 8                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 500551068                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | ZOZ Knurów Przychodnia nr 4                                                                                         |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Knurów 44-196, Dywizjonu 303 8                                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 500551276                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Anna Stachoń-Żoła, Magdalena Gonszcz, Monika Lysko, Damian Gonszcz, Marek Lysko - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowo |                                |                                    |
| Adres:                                              | Lędziny 43-143, Murckowska 13                                                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 21 66 026                                                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276585914                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE - Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy                                                             |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Lędziny 43-140, Łanowa 5                                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323266454                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE - Poradnia POZ                                                                                |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Lędziny 43-140, Łanowa 5                                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323266454                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PRIMUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | BRUDZOWICE 42-470, Szkolna 12                                                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 602726446                                                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 360443490                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                     |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Brudzowice 42-470, Szkolna 12                                                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 326741227                                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134</b> |                                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej WAMED I.W.Wałęga Spółka jawna                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Grzawa 43-227, Wiejska 11                                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 21 16 185                                                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72347319                                                                                                            |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Nazwa:                                       | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ WAMED I.W.WAŁĘGA<br>SPÓŁKA JAWNA           |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Grzawa 43-227, Wiejska 11                                                           |                         |                                |
| Telefon:                                     | 322116185                                                                           |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                          |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                     |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135 |                                                                                     | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Przychodnia Lekarska „BLAMED” sp.<br>z.o.o |                         |                                |
| Adres:                                       | BLACHOWNIA 42-290, Henryka<br>Sienkiewicza 4/brak                                   |                         |                                |
| Telefon:                                     | 34 32 70 378                                                                        |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 151509577                                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia medycyny ogólnej                                                           |                         | 3                              |
| Adres:                                       | Blachownia 42-290, Henryka<br>Sienkiewicza 4                                        |                         |                                |
| Telefon:                                     | 501485191                                                                           |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                          |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                     |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136 |                                                                                     | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Eskulap Dudek Lekarze Spółka<br>Partnerska                                          |                         |                                |
| Adres:                                       | GORZYCE 44-350, Raciborska 48                                                       |                         |                                |
| Telefon:                                     | 32 451 42 32                                                                        |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 240011041                                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                                                |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Gorzyce 44-350, Raciborska 48                                                       |                         |                                |
| Telefon:                                     | 324514234                                                                           |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                          |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                     |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137 |                                                                                     | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"AXIS" Sp.z o.o.                           |                         |                                |
| Adres:                                       | Rybnik 44-270, Górnośląska 140B                                                     |                         |                                |
| Telefon:                                     | 32 42 26 969                                                                        |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 276940976                                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia ogólna POZ                                                                 |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Rybnik 44-270, Górnośląska 140B                                                     |                         |                                |
| Telefon:                                     | 324226969                                                                           |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                          |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                     |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138 |                                                                                     | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Janusz Krzemiński, Barbara Krzemińska<br>spółka cywilna                             |                         |                                |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-200, Aleja Armii<br>Krajowej 36                                      |                         |                                |
| Telefon:                                     | 343250339                                                                           |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 151535379                                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                     | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                     |                         | 2                              |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-229, Lipowa 44                                                       |                         |                                |
| Telefon:                                     | 343639589                                                                           |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                          |                         |                                |

|                                                     |                                                                                   |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139</b> |                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Fundacja Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej w Jastrzębiu-Zdroju                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jastrzębie-Zdrój 44-335, Górnicza 44                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 47 35 760                                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 272405648                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Fundacja Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej w Jastrzębiu-Zdroju                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jastrzębie-Zdrój 44-268, Węglowa 4c                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327561161                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | FOZIPS w Jastrzębiu-Zdroju                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Jastrzębie-Zdrój 44-335, Górnicza 44        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327563232                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140</b> |                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska w Kruszynie Sp. z o.o. |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kruszyna 42-282, Kmicica 10                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 32 02 030                                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151519038                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia lekarska                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kruszyna 42-282, ul. Kmicica 10 10                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343202030                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141</b> |                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | HELIOS MED Sp. z o.o.                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Goczałkowice-Zdrój 43-230, Wiślna 13                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 21 07 214                                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72359995                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ HELIOS MED Sp. z o.o.                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Goczałkowice-Zdrój 43-241, Wiślna 13                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322107214                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142</b> |                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | ZBM ZDROWIE Maria Sadowska-Wieczorek, Bartosz Wieczorek Spółka Jawna              |                                |                                    |
| Adres:                                              | BYTOM 41-902, Powstańców Warszawskich 64B/1                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 745 42 37                                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276624287                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-902, TARNOGÓRSKA 6                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327454237                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                        |                                |                                    |

|                                                     |                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia "NA TRZYNIECKIEJ"                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | Chorzów 41-506, Trzyniecka 5/13-14                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 32 24 64 540, 32 24 63 844                                         |                                |                                    |
|                                                     | 276581833                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ                                                       |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Chorzów 41-506, Trzyniecka 5/13-14                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322464540                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Imielinie         |                                |                                    |
| Adres:                                              | IMIELIN 41-407, Piotra Skargi 2                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322256025                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276240799                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                    |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | IMIELIN 41-407, PIOTRA SKARGI 2                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322256025                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne "Syberka" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Siemianowice Śląskie 41-100, Szpitalna 6                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | (032)267 68 37                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276812793                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne "Syberka"                                         |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | BĘDZIN 42-500, ZWYCIĘSTWA 30                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327612964                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ogrodzieńcu       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ogrodzieniec 42-440, Plac Wolności 23/brak                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 326732021                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276985281                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OGRODZIĘNCU       |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Ogrodzieniec 42-440, Plac Wolności 23                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 326732210                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Poradnia na wzgórzu                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Świętochłowice 41-608, Sudecka 9                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 24 56 339, 32 77 07 638                                         |                                |                                    |

|                                                     |                                                      |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Identyfikator REGON:                                | 276612901                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia dla dzieci zdrowych z punktem szczepień     |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Świętochłowice 41-608, Sudecka 9                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 512292905                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148</b> |                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Medicor Sp. z o.o.                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | JASTRZĘBIE-ZDRÓJ 44-335, ul. Wielkopolska 2a         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324716924                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277473519                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ                                         |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | JASTRZĘBIE ZDRÓJ 44-335, WIELKOPOLSKA 2A             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324716924                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149</b> |                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Medycyny Rodzinnej Kochanowice sp. Z o.o |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kochanowice 42-713, Lubliniecka 2B                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 35 33 211                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 365760567                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Medycyny Rodzinnej Kochanowice Sp. Zo.o  |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Kochanowice 42-713, Lubliniecka 2B                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343533211                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150</b> |                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ PLR REMEDIUM Sp. z o.o.                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-578, Zofii Kossak-Szczuckiej 41          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 20 58 469                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276545599                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                      |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Katowice 40-578, Kossak-szczuckiej 41                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 501894062                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151</b> |                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEKMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-709, Panewnicka 5                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 25 27 378 601 304939                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276258405                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-709, PANEWNICKA 5                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322526701                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                      |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152 |                                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Zakład Opieki Zdrowotnej "ARS-MED"<br>S.C. Krzysztof Zorychta, Henryk Kudła,<br>Robert Kudela |                         |                             |
| Adres:                                       | BYTOM 41-908, Energetyki 11                                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 38 71 040                                                                                  |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 272377975                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Zakład Opieki Zdrowotnej "ARS-MED"                                                            |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Bytom 41-908, Energetyki 11                                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                     | 323871040                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153 |                                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Centrum Medyczne Hajduki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                              |                         |                             |
| Adres:                                       | Chorzów 41-506, Jubileuszowa 3                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322462541                                                                                     |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276620875                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt Szczepień                                                                               |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Chorzów 41-506, Jubileuszowa 3                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32462541                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154 |                                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Gminny Ośrodek Zdrowia w Ornontowicach                                                        |                         |                             |
| Adres:                                       | Ornontowice 43-178, Klasztorna 1                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 428 10 42                                                                                  |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 273515190                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W ORNONTOWICACH                                                        |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Ornontowice 43-178, Klasztorna 1                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324281042                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155 |                                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Andrzej Wolański Przychodnia Lekarska "ANDRE-MED"                                             |                         |                             |
| Adres:                                       | Koziegłowy 42-350, Częstochowska 31                                                           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 34 31 41 130                                                                                  |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 150582804                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Lekarska Andre-Med                                                                |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Koziegłowy 42-350, Częstochowska 31                                                           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343141130                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156 |                                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "WELUX" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością         |                         |                             |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Zygmunta Krasińskiego 30                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 33 82 29 022                                                                                  |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72374428                                                                                      |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                                                  |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Istebna 43-470, 695 695                                                                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338556599                                                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157 |                                                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Aleksandra Kubiczek, Anna Kalita, Dorota Kubiczek Spółka Cywilna Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej X-MED                     |                         |                             |
| Adres:                                       | BIELSKO-BIAŁA 43-344, Janowicka 9                                                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338162025                                                                                                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72321722                                                                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | ALEKSANDRA KUBICZEK ANNA KALITA DOROTA KUBICZEK SPÓŁKA CYWILNA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ X-MED                       |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-344, Janowicka 9                                                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338162025                                                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158 |                                                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Batorowska-Kubiena Barbara, Pietrzak Małgorzata - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarska Spółka Cywilna |                         |                             |
| Adres:                                       | Hażlach 43-419, Długa 25                                                                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338569429                                                                                                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72287959                                                                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                                                  |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Hażlach 43-419, Długa 25A                                                                                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338569429                                                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159 |                                                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej                                                                                   |                         |                             |
| Adres:                                       | ŚWIERKLANIEC 42-622, Oświęcimska 13                                                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322844903                                                                                                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276883511                                                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia (gabinet) Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                                         |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Świerklaniec 42-622, Oświęcimska 13                                                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 505294523                                                                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160 |                                                                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne PANACEUM Sp. z o.o.                                                       |                         |                             |
| Adres:                                       | Pszczyna 43-200, Stefana Batorego 28                                                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322128666                                                                                                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276607076                                                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                     |                                                                                                                                                                           |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pszczyna 43-200, Dobrawy 7                                                                                                                                                |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322102250                                                                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161</b> |                                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | REVITAMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Wolności 502                                                                                                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 660459864                                                                                                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276709078                                                                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Wolności 502                                                                                                                                               |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 32 274 95 14                                                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-804, Kondratowicza 1c                                                                                                                                           |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 32 276 14 29                                                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy z Punktem Szczepień, z Punktem Pobierania Materiału do Badań Laboratoryjnych oraz ze stanowiskiem EKG dla Podstawowej Opieki Zdrowotnej |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Zabrze 41-811, Daleka 1                                                                                                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 271 29 00                                                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162</b> |                                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne Św. Pawła Spółka jawna Ewa Ciechanowicz, Jan Kern, Janusz Zajęc                                                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, św. Pawła 11                                                                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 241-0-300                                                                                                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276635799                                                                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, Św. Pawła 11                                                                                                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322410300                                                                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163</b> |                                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Weronika Stefańska                                                                                                                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jastrzębie-Zdrój 44-330, Osiedle 1000-lecia 15e                                                                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 47 14 839                                                                                                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 273338411                                                                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                                                                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jastrzębie-Zdrój 44-268, 1000-lecia 15e                                                                                                                                   |                                | 4                                  |
| Telefon:                                            | 32 47 148 39                                                                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                   |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Gabinet pielęgniarstwa środowiskowej                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jastrzębie-Zdrój 44-330, Wielkopolska 2a                          |                                | 3                                  |
| Telefon:                                            | 32 47 17 663                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Tomasz Moll                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tychy 43-100, Grota Roweckiego 51                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 48602505602                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 3534630                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Stomatologii "DENS"                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tychy 43-100, Stefana Grota-Roweckiego 51                         |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 322276895                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bojszowach                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bojszowy 43-220, Świętego Jana 41                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 32 64 646, 21 89 155                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 273339244                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bojszowy 43-220, Świętego Jana 41                                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 600450365                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Medyczne Centrum Specjalistyczne "Polimed" Sp. z o.o.             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-216, Sandomierska 4/3                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322039215                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 272182160                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ Polimed                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-004, Korfantego 2                                     |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 323532159                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Gminny Zespół Ośrodków Zdrowia w Poczesnej                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kolonia Poczesna 42-262, Szkolna 3                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 32 74 193                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151507644                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień w Ośrodku Zdrowia w Poczesnej                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kolonia Poczesna 42-262, Szkolna 3                                |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343274193, 797878                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ PRZYCHODNIA LEKARSKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                      |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Kłomnice 42-270, Strażacka 18                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 36 69 527                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 382175953                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kłomnice 42-270, Strażacka 18                                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343669527                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169</b> |                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Ośrodków Zdrowia Gminy Janów |                                |                                    |
| Adres:                                              | Janów 42-253, Leśna 3                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 32 78 023                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151535356                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Janowie                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Janów 42-253, Leśna 3                                                                |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 784442021                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170</b> |                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Katarzyna Czerwik, Karol Marcinkowski ALFA S.C.                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | SZCZOKOCINY 42-445, Jana Pawła II 6                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343557190                                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276926485                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia ogólna lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Irządze 42-446, Irządze 122                                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343543010                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH ALFA S.C.                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Szczekociny 42-445, Jana Pawła II 6                                                  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343557190                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171</b> |                                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przedsiębiorstwo Usług Medycznych "PROELMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Łaziska Górne 43-170, Ratuszowy 1/B                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 786 58 00                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 272938600                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Łaziska Górne 43-170, pl. Ratuszowy 1                                                |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 327865814                                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Łaziska Górne 43-173, Staszica 4a                                                    |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 327865920                                                                            |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska SANMED A.Smyk spółka jawna                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | ZABRZE 41-800, ks. Konstantego Damrota 31a                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 032 27 65 000                                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240011354                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska "SANMED"                                                                           |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Ks.Konstantego Damrota 31a                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322765000                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego z siedzibą w Rudniku                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | RUDNIK 47-411, Kozielska 2 a                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 41 06 777                                                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276742667                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                    |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Rudnik 47-411, Kozielska 2a                                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324106470                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ SKOR-MED S.C. M.SKORUPKA, A.SKORUPKA-POLUS, T.POLUS                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Herby 42-284, Juliusza Słowackiego 2                                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343574011                                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151507785                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia medycyny rodzinnej                                                                             |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Herby 42-284, J. Słowackiego 2                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343574011                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Krzepice 42-160, 3-go Maja 4                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343175066                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne "Amicus" |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZĘSTOCHOWA 42-200, Aleja Pokoju 44                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 372 56 01                                                                                            |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Identyfikator REGON:                                | 151508862                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne "AMICUS"                                                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Alej Pokoju 44                                                                                 |                                | 4                                  |
| Telefon:                                            | 343725601                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176</b> |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Usług Medycznych AA "Remedium" Awramienko Spółka Jawna               |                                |                                    |
| Adres:                                              | PYSKOWICE 44-120, Ignacego Paderewskiego 11                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 23 38 762                                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276616780                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ze stanowiskiem USG                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Poniszowice 44-172, Sportowa 2                                                                                     |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322303178                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pyskowice 44-120, Paderewskiego 11                                                                                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 601414517                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ze stanowiskiem USG                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pyskowice 44-120, Sikorskiego 81                                                                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 323344067                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Taciszów 44-171, Gliwicka 0                                                                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 323344066                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Toszek 44-180, Gliwicka 26                                                                                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322338662                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177</b> |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowa Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rudzie Śląskiej z siedzibą przy ul. Pokoju 4 |                                |                                    |
| Adres:                                              | RUDA ŚLĄSKA 41-709, Pokoju 4                                                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 24 87 459                                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276707725                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowa Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rudzie Śląskiej z siedzibą przy ul. Pokoju 4 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-709, Pokoju 4                                                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 698513510                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178</b> |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDYK DANIEL, CIĘPKA Spółka jawna                                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Włodowice 42-421, Krakowska 11                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 31 53 005                                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276894325                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Włodowice 42-421, Krakowska 11                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343153005                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179</b> |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDYK Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wola 43-225, Lipowa 10                                                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 21 19 555                                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72343787                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                    |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Wola 43-225, Lipowa 10                                                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322119555                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180</b> |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "PRZYCHODNIA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością   |                                |                                    |
| Adres:                                              | CHORZÓW 41-503, Henryka Majętnego 14                                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 505067344 32 2411312                                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 382302280                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ Przychodnia Lekarska "Przychodnia"                                                                            |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Chorzów 41-503, Henryka Majętnego 14                                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 577112052                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181</b> |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska "Ikar" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | BIELSKO-BIAŁA 43-382, Ikara 6                                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 81 82 861; 33 81 81 687                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72294439                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Ikar"sp. z o.o.                                        |                                | 3                                  |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Ikara 6                                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338181687                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |

|                                                     |                                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej AGAPE - MED Sp. z o.o.               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Skoczów 43-430, Morcinka 16B                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338533430                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72168083                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                            |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | SKOCZÓW 43-430, MORCINKA 16B                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 507081323                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | KOR-MED Anna Arciszewska i Bogumiła Wrzokiewicz lekarska spółka partnerska |                                |                                    |
| Adres:                                              | ŻORY 44-240, Osiedle Korfanteo PU-10                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324343406                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276958628                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia Lekarza Rodzinnego                                                |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | ŻORY 44-240, OS. KORFANTEGO PU-10                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324343406                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Krzysztof Kowalski                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wodzisław Śląski 44-300, Kardynała Stefana Wyszyńskiego 41                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 605246777                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 272217510                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy                                                          |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Wodzisław Śląski 44-300, Wyszyńskiego 41                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324553712                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Jarosław Kleszczewski                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | PRADŁA 42-427, Batalionów Chłopskich 10                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343152109                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 150187077                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Kroczyce 42-425, Jana Pawła II 16                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 884977941                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia ogólna                                                            |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Pradła 42-425, Batalionów Chłopskich 10                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 530086060                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186 |                                                                                                         | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Aneta Simka                                                                                             |                         |                             |
| Adres:                                       | Studzionka 43-224, Jedności 20                                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322120498                                                                                               |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276616508                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                         | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                                  |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Brzeźce 43-200, Ofiar Faszyzmu 10                                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322120385                                                                                               |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                              |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                                         | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej dla dorosłych                                                    |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Studzionka 43-245, Jedności 20                                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322120498                                                                                               |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                              |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                         |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187 |                                                                                                         | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Rejonowa Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ruda Śląska - AMBULATORIUM ul. Lipa |                         |                             |
| Adres:                                       | RUDA ŚLĄSKA 41-703, Wincentego Lipa 3                                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 24 82 515                                                                                            |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276706772                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                         | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                         |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Ruda Śląska 41-703, Wincentego Lipa 3                                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322482755                                                                                               |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                              |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                         |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188 |                                                                                                         | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Lekarska RAD-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                    |                         |                             |
| Adres:                                       | Radzionków 41-922, Gajdasa 1                                                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322866220                                                                                               |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276701869                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                         | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Lekarska RAD-MED Sp. z o.o.                                                                 |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Radzionków 41-922, Gajdasa 1                                                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322866220-3                                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                              |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                         |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189 |                                                                                                         | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | NZLA "ALFAMED" Niedźwiedzki, Pietrzycki, Rybka, Trzaska. Lekarska Spółka Partnerska                     |                         |                             |
| Adres:                                       | SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE 41-100, Olimpijska 2                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 2281764, 7659235                                                                                     |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 277513673                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                         | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia POZ                                                                                            |                         | 6                           |
| Adres:                                       | Siemianowice Śląskie 41-100, Olimpijska 2                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 765 86 06                                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                              |                         |                             |

|                                                     |                                                                                         |                                 |                                        |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia medycyny rodzinnej                                                             |                                 |                                        |
| Adres:                                              | Siemianowice Śląskie 41-100,<br>Powstańców 56                                           |                                 | 2                                      |
| Telefon:                                            | 32 762 81 21                                                                            |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                 |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190</b> |                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>            |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska "OPTIMA"<br>E.Zatońska, M.Paczkowska Spółka<br>Jawna               |                                 |                                        |
| Adres:                                              | Rędziny 42-242, Działkowiczów 20                                                        |                                 |                                        |
| Telefon:                                            | 34 32 01 443                                                                            |                                 |                                        |
| Identyfikator REGON:                                | 151508098                                                                               |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia ogólna                                                                         |                                 |                                        |
| Adres:                                              | Rędziny 42-242, Działkowiczów 20                                                        |                                 | 2                                      |
| Telefon:                                            | 343201443                                                                               |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                 |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191</b> |                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>            |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Przychodnie Lekarskie "MARK-MED" Sp.<br>z o.o. |                                 |                                        |
| Adres:                                              | Katowice 40-703, Stara Kłodnicka 43                                                     |                                 |                                        |
| Telefon:                                            | 327818704                                                                               |                                 |                                        |
| Identyfikator REGON:                                | 276868300                                                                               |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                         |                                 |                                        |
| Adres:                                              | Katowice 40-703, Stara Kłodnicka 43                                                     |                                 | 2                                      |
| Telefon:                                            | 327818704                                                                               |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                 |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192</b> |                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>            |
| Nazwa:                                              | Rejon Numer 1 Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością                                |                                 |                                        |
| Adres:                                              | Świętochłowice 41-600, Katowicka 34                                                     |                                 |                                        |
| Telefon:                                            | 32 24 52 368                                                                            |                                 |                                        |
| Identyfikator REGON:                                | 276847722                                                                               |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                    |                                 |                                        |
| Adres:                                              | Świętochłowice 41-600, Katowicka 34                                                     |                                 | 1                                      |
| Telefon:                                            | 600754780                                                                               |                                 |                                        |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                 |                                        |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                 |                                        |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193</b> |                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu</b>   | <b>szczenie populacyjne</b>            |
| Nazwa:                                              | Salus Spółka z Ograniczoną<br>Odpowiedzialnością                                        |                                 |                                        |
| Adres:                                              | JASTRZĘBIE-ZDRÓJ 44-335,<br>Wrocławska 12a                                              |                                 |                                        |
| Telefon:                                            | 32 47 13 771                                                                            |                                 |                                        |
| Identyfikator REGON:                                | 276603010                                                                               |                                 |                                        |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczenie<br/>personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w<br/>miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                    |                                 |                                        |
| Adres:                                              | Jastrzębie-Zdrój 44-335, Wrocławska 12a                                                 |                                 | 3                                      |
| Telefon:                                            | 324713771                                                                               |                                 |                                        |

|                                                     |                                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | UNIMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | DĄBROWA GÓRNICZA 41-308, Aleja Józefa Piłsudskiego 92                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327945929                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277551780                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                         | 2                              |                                    |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnica 41-308, A.J. Piłsudskiego 92                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327929494                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITAMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Gliwice 44-109, Różana 7                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322316942                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276804569                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                          | 1                              |                                    |
| Adres:                                              | Gliwice 44-109, Różana 7                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327500802                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MED_POZ" Sp. z o.o..                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Gliwice 44-151, Lekarska 10                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322348227                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276892562                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MED-POZ"                                         | 2                              |                                    |
| Adres:                                              | Gliwice 44-151, Lekarska 10                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322348227                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Adam Blaska                                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Świątchłowie 41-603, Juliusza Krauzego 2                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 34 52 200, 32 34 52 220, 32 24 53 089, 501710764                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276692136                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | AO02                                                                                    | 1                              |                                    |
| Adres:                                              | Świątchłowie 41-600, Juliusza Krauzego 2                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 501710764                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | GMINNE CENTRUM MEDYCZNE                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Psary 42-512, Malinowicka 1                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322672155                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276707429                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | GMINNE CENTRUM MEDYCZNE                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | PSARY 42-512, MALINOWICKA 1                                                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322672271                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ALFA - MED"                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wodzisław Śląski 44-286, Osiedle XXX Lecia 60                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 501071575                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276958025                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALFA-MED                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wodzisław Śląski 44-286, osiedle XXX-lecia 60                                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324562729                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ Ośrodek Medycyny Ogólnej T.Czajkowska i J.Stonawska Spółka Jawna               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Cieszyn 43-400, ks. Rudolfa Tomanka 11                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 85 20 208                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72276105                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Ośrodek Medycyny Ogólnej                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Cieszyn 43-400, Tomanka 11                                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338520208                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | KAMPOLMED SP Z O.O.                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kamienica Polska 42-260, Marii Konopnickiej 168                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343273263                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151514756                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | KAMPOLMED                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kamienica Polska 42-260, Konopnickiej 12                                            |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 343273263                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego z siedzibą w Krzyżanowicach |                                |                                    |
| Adres:                                              | Krzyżanowice 47-450, Wyzwolenia 1                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 41 94 053                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276845982                                                                           |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                              |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Chałupki 47-460, Długa 47                                                                                |                         |                                |
| Telefon:                                     | 324196013                                                                                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                          |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                              |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Krzyżanowice 47-450, Wyzwolenia 1                                                                        |                         |                                |
| Telefon:                                     | 324194022                                                                                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                          |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 3               |                                                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                              |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Tworów 47-451, Parkowa 1                                                                                 |                         |                                |
| Telefon:                                     | 324196218                                                                                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                          |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203 |                                                                                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Praktyka Lekarska Niepubliczny Zakład<br>Opieki Zdrowotnej S.C.                                          |                         |                                |
| Adres:                                       | Brenna 43-438, Leśnica 8                                                                                 |                         |                                |
| Telefon:                                     | 33 853 63 11                                                                                             |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 72173983                                                                                                 |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Praktyka Lekarska Niepubliczny Zakład<br>Opieki Zdrowotnej                                               |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Brenna 43-438, Leśnica 8                                                                                 |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338536311                                                                                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                          |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204 |                                                                                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Praktyka Lekarska - Niepubliczny Zakład<br>Opieki Zdrowotnej Kostka, Mrózek,<br>Pecold Spółka partnerska |                         |                                |
| Adres:                                       | Goleszów 43-440, 1 Maja 10                                                                               |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338585816                                                                                                |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 72272952                                                                                                 |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                          |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Goleszów 43-440, 1 Maja 10                                                                               |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338585816                                                                                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                          |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205 |                                                                                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Irena Zyk                                                                                                |                         |                                |
| Adres:                                       | BIELSKO-BIAŁA 43-316, Olszówka 2                                                                         |                         |                                |
| Telefon:                                     | 33 81 44 877                                                                                             |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 70380583                                                                                                 |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                          |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Olszówka 2                                                                         |                         |                                |
| Telefon:                                     | 698669452                                                                                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                          |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206 |                                                                                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Przychodnia VITA Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością                                              |                         |                                |

|                                                     |                                                                                               |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | BIELSKO-BIAŁA 43-300, Sternicza 26a                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 8118567, 33 8119123                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72292311                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia VITA                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Sternicza 26A                                                           |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338118567                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Lekarze i Lekarze Rodzinni Godula i Partnerzy Spółka Partnerska                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Szczyrk 43-370, Zdrowia 1                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338178594                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72389720                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ "Lekarz Rodzinny"                                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Szczyrk 43-370, Zdrowia 1                                                                     |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338178594                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej FALMED B. Falkowska, J. Falkowski spółka jawna          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Czechowice-Dziedzice 43-502, Krótka 4                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322158193                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 241353648                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Czechowice-Dziedzice 43-502, Krótka 4                                                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322158193                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIKA" Jan Schab, Ewa Schab, Paweł Schab Spółka Jawna |                                |                                    |
| Adres:                                              | CIESZYN 43-400, ks. Rudolfa Tomanka 11                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 85 14 200                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276522983                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medika" spółka jawna                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Cieszyn 43-400, ks. Rudolfa Tomanka 11                                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338514200                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDRO-MEDIC" Sp. z o. o.                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-346, Czereśniowa 22                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 81 23 639                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72295479                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-346, Czereśniowa 22                                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338123639                                                                                     |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                   |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211</b> |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Trocik" sp.z o.o.                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-316, Morskie Oko 23                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 81 61 737, 33 81 89 883                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72294221                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                   |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-316, Morskie Oko 23                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 503478582, 506324873                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212</b> |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ PRZYCHODNIA-TRÓJKA WIDERA, DRABCZYK, KUBIAK, ZBROJKIEWICZ, PLISZEK SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Stanisława Staszica 1                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338212360                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72320881                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet POZ dla dorosłych                                                                         |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, st, staszica 1                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338212360                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213</b> |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PoliMed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | PORĄBKA 43-353, Wielka Puszcza 23                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 81 06 224                                                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72376143                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Bujaków 43-356, Bielska 22                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338108142                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                              |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Czaniec 43-354, Kard. K. Wojtyły 28a                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338109106                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                              |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Kobiernice 43-356, Żywiecka 10                                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338108787                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                              |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Porąbka 43-353, Wielka Puszcza 23                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338106012                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214 |                                                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Danuta Szczęsny-Lewandowska, Janusz Lewandowski - Praktyka Lekarska NZOZ s.c. Danuta i Janusz Lewandowscy. |                         |                             |
| Adres:                                       | Jaworzynka 43-476, Jaworzynka 641                                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 33 85 56 323                                                                                               |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72167126                                                                                                   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Praktyka Lekarska NZOZ s.c.                                                                                |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Jaworzynka 43-476, . 641                                                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                     | 600247232                                                                                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                            |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215 |                                                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gminny Ośrodek Zdrowia Konopiska                            |                         |                             |
| Adres:                                       | Konopiska 42-274, Lipowa 3                                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                     | 34 32 82 007                                                                                               |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 151519713                                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Gminny Ośrodek Zdrowia                                                                                     |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Konopiska 42-274, Lipowa 3                                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343282007                                                                                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                            |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216 |                                                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Małgorzata Pączek - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinety Lekarskie Małgorzata Pączek             |                         |                             |
| Adres:                                       | Katowice 40-875, Tysiąclecia 101                                                                           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322540356                                                                                                  |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276127643                                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia Lekarza POZ                                                                                       |                         | 3                           |
| Adres:                                       | Katowice 40-875, Tysiąclecia 101                                                                           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322540356                                                                                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                            |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217 |                                                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | CORPORA-MED Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjne Sp. z o.o.                                                   |                         |                             |
| Adres:                                       | Gliwice 44-100, Średnia 10                                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322311146                                                                                                  |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276873547                                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                            | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | "CORPORA-MED" - Poradnia lekarza rodzinnego dla dorosłych                                                  |                         | 1                           |
| Adres:                                       | GLIWICE 44-100, Średnia 8                                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                     | 323324592                                                                                                  |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                 |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                            |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218 |                                                                                                            | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Eugeniusz Brzemia                                                                                          |                         |                             |
| Adres:                                       | SKRZYSZÓW 44-348, Wyzwolenia 10                                                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 47 26 503                                                                                               |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276257156                                                                                                  |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                          |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Godów 44-340, 1 Maja 18                                       |                         |                                |
| Telefon:                                     | 324726503                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                               |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                          |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Skrzyszów 44-348, Wyzwolenia 10                               |                         |                                |
| Telefon:                                     | 324726503                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                               |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219 |                                                               | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Spółka Cywilna "Medicus" Wiktoria Łucka, Jarosław Stolpa      |                         |                                |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-200, Jagiellońska 11A                            |                         |                                |
| Telefon:                                     | 32 29 25 550                                                  |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 276842890                                                     |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                          |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-200, Jagiellońska 11a                            |                         |                                |
| Telefon:                                     | 798944755                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                               |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220 |                                                               | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Jedynka" Sp. z o.o.    |                         |                                |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Powstańców Śląskich 8                   |                         |                                |
| Telefon:                                     | 33 82 21 300                                                  |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 72334618                                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Jedynka"               |                         | 1                              |
| Adres:                                       | BIELSKO-BIAŁA 43-300, Powstańców Śląskich 8 4                 |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338221300                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                               |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221 |                                                               | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medkur L-P" Sp. z o.o. |                         |                                |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Władysława Stanisława Reymonta 5        |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338221869                                                     |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 72297739                                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                          |                         | 2                              |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Reymonta 5                              |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338221869                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                               |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222 |                                                               | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYK Spółka z o.o.     |                         |                                |
| Adres:                                       | Rybnik 44-253, Jastrzębska 12                                 |                         |                                |
| Telefon:                                     | 327394290                                                     |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 276783809                                                     |                         |                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                                                   |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Rybnik 44-253, Jastrzębska 12                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 327394297                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223 |                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Adam Zug, Teresa Zug-Kubeczko - Spółka Cywilna "MEDICOR" Adam Zug, Teresa Zug-Kubeczko |                         |                             |
| Adres:                                       | BIERUŃ 43-150, Chemików 37                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322161623                                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276846088                                                                              |                         |                             |
|                                              |                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                 |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Bieruń 43-150, Chemików 37                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322161623                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 224 |                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miejsko-Gminny Ośrodek Zdrowia          |                         |                             |
| Adres:                                       | SOŚNICOWICE 44-153, Gliwicka 28                                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322387943                                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 272364286                                                                              |                         |                             |
|                                              |                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | SP ZOZ Miejsko Gminny Ośrodek Zdrowia                                                  |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Sośnicowice 44-153, Gliwicka 28                                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322387155                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225 |                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Rodzinna Praktyka Lekarska T. Recman, M. Kunkel-Korczago NZOZ sc                       |                         |                             |
| Adres:                                       | Ustroń 43-450, Skoczowska 137                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 33 85 42 350                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72278127                                                                               |                         |                             |
|                                              |                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Rodzinna Praktyka Lekarska NZOZ - Gabinet POZ dla dorosłych                            |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Ustroń 43-450, Skoczowska 137                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338542350                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226 |                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | NZOZ "MEDICOR" Kowalski, Pilarski, Janas Spółka jawna                                  |                         |                             |
| Adres:                                       | Myszków 42-300, Kościuszki 27 "O"                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                     | 34 31 38 617                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 151554371                                                                              |                         |                             |
|                                              |                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                        |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Myszków 42-300, Skłodowskiej 7                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343137900                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                        |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227 |                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Spółka Cywilna Grażyna Sieprawska-Srokosz, Jerzy Srokosz, Maciej Srokosz               |                         |                             |
| Adres:                                       | Chybie 43-520, Bielska 61                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 33 85 89 276                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72295255                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medicus" s.c.                                   |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Chybie 43-520, Bielska 61                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338589276                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                        |                         |                             |
|                                              |                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228 |                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Medyk-7 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                        |                         |                             |
| Adres:                                       | BIELSKO-BIAŁA 43-300, Wiśniowa 7                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 33 81 18 253                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72329959                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                        |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Wiśniowa 7                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 33 8118253                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                        |                         |                             |
|                                              |                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229 |                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Praktyka Lekarza Rodzinnego-Maria Maroszek i Danuta Maroszek-lekarze spółka partnerska |                         |                             |
| Adres:                                       | KANIÓW 43-512, Batalionów Chłopskich 64                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 21 57 375                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276457990                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | NZOZ "Praktyka Lekarza Rodzinnego"                                                     |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Kaniów 43-514, Batalionów Chłopskich 64                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322157375                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                        |                         |                             |
|                                              |                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230 |                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | "Zdrowie" Spółka z o. o                                                                |                         |                             |
| Adres:                                       | Jastrzębie-Zdrój 44-336, Wrocławska 27/40                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 604126975                                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276976537                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | "Zdrowie" sp. z o. o.                                                                  |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Pawłowice 43-250, Zjednoczenia 12                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324721812                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                        |                         |                             |
|                                              |                                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | "Zdrowie" sp. z o. o.                                                                  |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Pawłowice/Krzyżowice 43-254, Ligonía 48                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324723504                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                             |                         |                             |

|                                                     |                                                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | "Zdrowie" sp. z o. o.                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pawłowice/Pniówek 43-251, Krucza 12                                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 327562596                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231</b> |                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Miejska Przychodnia Rejonowa                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Konieczpol 42-230, Armii Krajowej 2                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 3551420, 3551357                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151399410                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy                                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | KONIECPOL 42-230, ARMII KRAJOWEJ 2                                                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 663739323                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232</b> |                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Maria Grygierzec                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Czechowice-Dziedzice 43-502, Romualda Traugutta 18A                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322155626                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 271739011                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet szczepień                                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Czechowice-Dziedzice 43-502, Traugutta 18A                                                 |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 322152349                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233</b> |                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Praktyka Lekarsko-Pielęgniarska PRO CORDI Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jastrzębie-Zdrój 44-335, St. Wyspiańskiego 8                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 47 34 809                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276614509                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarsko-Pielęgniarska PRO-CORDI Sp. z o.o. |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jastrzębie-Zdrój 44-335, Wyspiańskiego 8                                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324734809                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234</b> |                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "EURO-VITA" Sp. z o.o.                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Rybnik 44-206, Śląska 1                                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 42 17 426                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276967892                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Poradnia ogólna                                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | RYBNIK 44-206, ŚLĄSKA 1                                                                            |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 324217426                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Barbara Pietraśńska, Jerzy Słodczyk<br>Spółka Cywilna "Fam-Med"                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | ZBROSŁAWICE 42-674, Piastowska 3/brak                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322337030                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276823058                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zbrosławice 42-674, Piastowska 3                                                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322337030                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDYK" Sp. z o.o.                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Milówka 34-360, Dworcowa 31                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 86 76 228                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72112160                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ                                                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Milówka 34-360, Dworcowa 31                                                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338637161                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ                                                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Węgierska Górka 34-360, Kościuszki 7                                                               |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338641515                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska Spółka Cywilna<br>Jolanta Moroń-Świerszcz, Jan Świerszcz,<br>Michał Świerszcz |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-700, Wawelska 7                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 342 11 54                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277524352                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-700, Wawelska 7                                                                     |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 323421154                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO<br>PANACEUM JANUSZ MICHAŁIK I<br>JAROSŁAW MICHAŁIK SPÓŁKA JAWNA        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Racibórz 47-400, Wojska Polskiego 3                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324157979                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276577056                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO PANACEUM                                                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Racibórz 47-400, Wojska Polskiego 3                                                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324157979                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NOVUM-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Lubomia 44-360, Parkowa 2                                                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 4407752, 32 45 16 566                                                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276604474                                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Lubomia 44-360, Parkowa 2                                                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324516566                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                               |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Wodzisław Śląski 44-300, Gałczyńskiego 2                                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 440 77 51, 32 440 77 52                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Andrzej Koralewski, Dominik Koralewski<br>Renata Franke PRYWATNE CENTRUM MEDYCZNE AKO-MED S.C.                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Lubliniec 42-700, Mickiewicza 14                                                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 351 02 00                                                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 150933959                                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Prywatne Centrum Usług Medycznych "AKO-MED" s.c.                                                                                   |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Lubliniec 42-700, Mickiewicza 14                                                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343510200                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Figura-Kluszczyńska Sylwia                                                                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | RYBNIK 44-210, Grunwaldzka 66                                                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 42 40 620                                                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240116857                                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS-MED"                                                                                   |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | RYBNIK 44-210, GRUNWALDZKA 66                                                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324240620                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Joanna Wawrzyczek, Dorota Dziewior -<br>Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>PROMED s.c. Joanna Wawrzyczek,<br>Dorota Dziewior |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pruchna 43-523, Główna 78                                                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338573587                                                                                                                          |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Identyfikator REGON:                                | 072299856                                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Drogomyśl 43-424, Oblaski 2                                                                                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 533424291                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pruchna 43-523, Główna 78                                                                                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 533424291                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Tomasz Haczek, Teresa Przechera<br>Praktyka Grupowa Lekarzy "SCAPULA"<br>S.C. w Węgierskiej Górze                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Węgierska Górka 34-350, Wyzwolenia 5                                                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338641516                                                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72111232                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Węgierska Górka 34-350, Wyzwolenia 5                                                                                               |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338641516                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Opieki Medycznej "MED<br>WORK" Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Filarowa 50                                                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338157302                                                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72289496                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ "MED<br>WORK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ<br>ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                  |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | BIELSKO-BIAŁA 43-300, FILAROWA 50                                                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338157302                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Bestwinie                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bestwina 43-512, Szkolna 6                                                                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322157118                                                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72341162                                                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | SPZOZ Ośrodek Zdrowia w Bestwinie                                                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bestwina 43-512, Szkolna 6                                                                                                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322157118                                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246</b> |                                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Witold Kurowski, Roman Matonóg<br>Praktyka Grupowa Lekarzy Podstawowej<br>Opieki Zdrowotnej S.C. Witold Kurowski,<br>Roman Matonóg |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                   |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Rajcza 34-370, Rynek 2 A                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338643018                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72120685                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Praktyka Grupowa Lekarzy POZ - Przychodnia Rajcza                                                 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Rajcza 34-370, Rynek 2A                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338643078                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Praktyka Grupowa Lekarzy POZ - Przychodnia Ujsoly                                                 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Ujsoly 34-371, Bystra 4                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338674700                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247</b> |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | UNIMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Ignacego Paderewskiego 2                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 27 50 381, 27 50 382                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277536912                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ Przychodnia Lekarska "UNIMED"                                                                |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Paderewskiego 2                                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322750381                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248</b> |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Maria Tarasek - Rygałto, Krystyna Pedryc - Spółka cywilna: Krystyna Pedryc, Maria Tarasek-Rygałto |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mstów 42-244, Gminna 14                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343295352                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151508336                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia ogólna POZ                                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Mstów 42-244, Gminna 14                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343295352                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249</b> |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Rodziny THERAPEUTICA                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-808, dr. Henryka Jordana 2                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 2722339, 666300033                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276708972                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                   |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Zabrze 41-808, dr. Henryka Jordana 2                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 666300033                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250</b> |                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Allergo-MedSpółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Gliwice 44-100, Jana Kilińskiego 15                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 230 29 54                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276881216                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Allergo-Med                                                                                        |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Gliwice 44-100, Kilińskiego 15                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 511487436                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne "Eko-Prof-Med" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | MIASTECZKO ŚLĄSKIE 42-610, Cynkowa 6                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 38 30 971                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276224702                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne "Eko-Prof-Med" - Poradnia POZ                                                     |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Miasteczko Śląskie 42-610, Cynkowa 6                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323830971                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Helena Domagała                                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | WODZISŁAW ŚLĄSKI 44-373, Młodzieżowa 45                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324561518                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276773219                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | WODZISŁAW ŚLĄSKI 44-373, MŁODZIEŻOWA 45                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 604586960                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia ALMA-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Gliwice 44-105, Ignacego Paderewskiego 51                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322795017                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276878622                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                               |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Gliwice 44-105, Ignacego Paderewskiego 51                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 609360082                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Spółka Cywilna MED-DENTAL Henryka Dasiewicz-Wieczorek, Adam Wieczorek, Michał Wieczorek            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-706, Harcerska 3                                                                    |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                            | 32 24 22 388                                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 271548185                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | SPÓŁKA CYWILNA MED-DENTAL HENRYKA DASIEWICZ-WIECZOREK, MICHAŁ WIECZOREK, ADAM WIECZOREK |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-706, Harcerska 3                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 501145522                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne Kopernik Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Gliwice 44-117, Wielkiej Niedźwiedzicy 4                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322381302                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276874995                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                    |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Gliwice 44-117, Wielkiej Niedźwiedzicy 4                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 511923631, 322381302                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ Przychodnia Lekarska Medyk SP.J.                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Lubliniec 42-700, Majdanek 6                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343565690                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151508170                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | MEDYK KOCHCICE                                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Kochanowice/Kochcice 42-713, ul. Parkowa 45                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343565690                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Anna Słota-NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej Anna Słota w spadku                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Myszków 42-300, Sikorskiego 71                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343131001                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240056552                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ AURA Punkt Szczepień                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Łazy 42-450, ul. rtm. Witolda Pileckiego 15                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 326449052                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ AURA Punkt Szczepień                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Myszków 42-300, Sikorskiego 73                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343131001                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NASZA PORADNIA Sp. z o.o.                                                               |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                             |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | CHORZÓW 41-500, Młodzieżowa 33                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 24 19 141                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276807823                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ Nasza Poradnia POZ                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, Młodzieżowa 33                                                              |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 504018906                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | ULTRA-MED-STREFA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tychy 43-100, Fabryczna 2                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322180260                                                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276608443                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Ultra-Med-Strefa Gabinet lekarza POZ                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tychy 43-100, Fabryczna 2                                                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 501092372                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne TOMMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością PROF-MED Spółka komandytowa |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-851, Żelazna 1                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 20 10 959                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 273922162                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE TOMMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ PROF-MED SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-102, DĘBOWA 3                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 328800430                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Starochorzowska Fundacja Zdrowia i Ekologii                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | CHORZÓW 41-503, Gabriela Narutowicza 3                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 73 62 058, 24 59 361                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 271961577                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia Ogólna POZ                                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-503, G. Narutowicza 3                                                            |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 327362059                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MERKURY Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | DĄBROWA GÓRNICZA 41-300, Karola Adamieckiego 13                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 26 23 671                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276880777                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | NZOZ MERKURY                                                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 41-300, Adamieckiego 13                                                                |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322623671                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Stanisław Płonka                                                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | RACIBÓRZ 47-400, Hetmana Jana Karola Chodkiewicza 23                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 41 90 888                                                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 270938910                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Lecznica im. Świętego Łazarza                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Racibórz 47-400, Czekoladowa 7                                                                          |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 324153496                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Zdrowa Rodzina Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | SOSNOWIEC 41-200, Kardynała Stefana Wyszyńskiego 12                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 266 44 95                                                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276237805                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ Praktyka Lekarzy Rodzinnych "Zdrowa Rodzina"                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-200, Wyszyńskiego 12                                                                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322664495                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Roman Elias                                                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-506, Stefana Batorego 19                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32/7843519                                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276702188                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-506, Stefana Batorego 19                                                                     |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 502317253                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266</b> |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Ultrasonografia Wieloprofilowa Pracownia Diagnostyczno-Lekarska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | ZAWIERCIE 42-400, 11 Listopada 2/4                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 67 27 339, 67 06 069, 506056004                                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 271780210                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Wieloprofilowa Pracownia Diagnostyczno-Lekarska Sp. z o. o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zawiercie 42-400, 11 Listopada 2/4                                                                      |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 326727339                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                         |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267 |                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu                                     |                         |                             |
| Adres:                                       | SOSNOWIEC 41-200, Wawel 15                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 323684874                                                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 272797045                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna nr 9                                        |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-200, Wawel 15                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 31 368 48 47                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna nr 4                                        |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-205, Nowopogońska 57                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 296 41 49                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3               |                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna nr 1                                        |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-208, Wojska Polskiego 19                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 269 88 65                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 4               |                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna nr 10                                       |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-214, Hallera 5                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 291 37 87 wew. 101                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268 |                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji                                        |                         |                             |
| Adres:                                       | Ustroń 43-450, Zdrojowa 6                                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 33 85 41 632                                                                     |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72388927                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna                                                   |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Ustroń 43-450, Zdrojowa 6                                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338541632                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   | 07.01.2021                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269 |                                                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Centrum Profilaktyki i Lecznictwa CENPIL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                             |
| Adres:                                       | GLIWICE 44-109, Mechaników 9                                                     |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 734 63 03                                                                     |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276782945                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Centrum Profilaktyki i Lecznictwa Sp. z o.o.                                     |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Gliwice 44-109, Mechaników 9                                                     |                         |                             |
| Telefon:                                     | 785002734                                                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                  |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270 |                                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Niegowie                                              |                         |                             |
| Adres:                                       | NIEGOWA 42-320, Bankowa 30                                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343151014                                                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 151571814                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt zabiegowy Sokolniki                                                                              |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Sokolniki 42-320, NULL 39                                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 605329293                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271 |                                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | PAPROCANY Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                      |                         |                             |
| Adres:                                       | Tychy 43-100, Władysława Sikorskiego 101                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 323266048                                                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 277094325                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia POZ                                                                                           |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Tychy 43-100, Sikorskiego 101                                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322178209                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272 |                                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Poradnia Rodzinna w Skoczowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                  |                         |                             |
| Adres:                                       | Skoczów 43-430, Bielska 45A                                                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338533908                                                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72140601                                                                                               |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                        |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Skoczów 43-430, Bielska 45A                                                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338533908                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273 |                                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojkowicach                                                                 |                         |                             |
| Adres:                                       | Wojkowice 42-580, PCK 1                                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 327695110                                                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276268409                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojkowicach                                                                 |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Wojkowice 42-580, PCK 1                                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 327695110                                                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274 |                                                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | CENTRUM MEDYCZNE TOMMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ OŚRODEK DIAGNOSTYKI SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                         |                             |
| Adres:                                       | Katowice 40-662, Aleksandra Fredry 22                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 60 72 135                                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 381723803                                                                                              |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | CENTRUM MEDYCZNE TOMMED SPÓŁKA Z O.O. OŚRODEK DIAGNOSTYKI SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                         | 1                           |
| Adres:                                       | KATOWICE 40-662, FREDRY 22                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                     | 328800333                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275 |                                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Ośrodek Rehabilitacji Fundacji Ochrony Zdrowia Pracowników KWK "Julian"      |                         |                             |
| Adres:                                       | Piekary Śląskie 41-940, Gen. Jerzego Ziętka 13                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 327676821                                                                    |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 271979123                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Julian"                   |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Piekary Śląskie 41-940, ul. Gen. Jerzego Ziętka 30                           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322882002                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276 |                                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" Sp. z o.o.                   |                         |                             |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-382, Cieszyńska 413                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338183152                                                                    |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72292564                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                              |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-382, Cieszyńska 413                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338183152                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277 |                                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Jan Warło                                                                    |                         |                             |
| Adres:                                       | Wodzisław Śląski 44-300, Stefana Żeromskiego 18a                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 601440958                                                                    |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276476409                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Gabinet szczepień ochronnych i profilaktyki dzieci i młodzieży               |                         | 2                           |
| Adres:                                       | WODZISŁAW ŚLĄSKI 44-300, ŻEROMSKIEGO 18 A                                    |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324554413                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278 |                                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Przychodnia "SANO" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                   |                         |                             |
| Adres:                                       | Gliwice 44-164, Sopocka 6                                                    |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 27 01 225                                                                 |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276984264                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                              |                         |                             |

|                                                     |                                                                               |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Gliwice 44-164, Sopocka 6                                                     |                                | 3                                  |
| Telefon:                                            | 322701225                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279</b> |                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medyk" Sp. z o.o.                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Żory 44-240, Osiedle Księcia Władysława 27                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324341355                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 273877013                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | ŻORY 44-240, OS. KSIĘCIA WŁADYSŁAWA 27                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 694535918                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280</b> |                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Korporacja Medyczna KMK Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.              |                                |                                    |
| Adres:                                              | RYBNIK 44-207, Podmiejska 54                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327396641                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278155112                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | RYBNIK 44-207, PODMIEJSKA 54                                                  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 327396641                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281</b> |                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia "MEDICUS" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | CHORZÓW 41-500, Józefa Lompy 4                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322413714                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 363041489                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, Lompy 4                                                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322413714                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282</b> |                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Dominika Słomczyńska-Gaczek                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, św. Pawła 11                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323481248                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240530261                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy Rodzinnych Słomczyńska |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, św. Pawła 11                                                  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 664987444                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283</b> |                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDINER BARBARA KURCZYCH                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kłomnice 42-270, Sądowa 29                                                    |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                            | 34 32 81 454                                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 150794890                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Oddział w Częstochowie                                                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-216, Wierzbowa 11 lokal 1                                                                           |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 606401319                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Oddział w Kłomnicach                                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kłomnice 42-270, Sądowa 29                                                                                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 606401319                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284</b> |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Piotr Gruszczyk Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Skoczów 43-430, Mennicza 3                                                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338530809                                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 241673956                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Brenna 43-438, Malinowa 3                                                                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 334321500                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ oddział Dębowiec                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Dębowiec 43-426, Katowicka 3                                                                                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338514032                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | AO03                                                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Skoczów 43-430, Mennicza 3                                                                                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338532384                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Skoczów 43-430, Szatkowskiej 24                                                                                    |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338530809                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285</b> |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Aleksandra Gruca, Izabela Żurek, Marek Żurek -Centrum Medyczne "ALMED" s.c.                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Myszków 42-300, Kościuszki 27 c,d,e                                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343157020                                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151974038                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne "ALMED"                                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Myszków 42-300, Kościuszki 27 C,D,E,F                                                                              |                                | 3                                  |
| Telefon:                                            | 343157020                                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                    |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Centrum Medyczne "ALMED"                                                                       |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Zawiercie 42-400, Ignacego Paderewskiego 25                                                    |                         |                             |
| Telefon:                                     | 326705229                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286 |                                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | SPZOZ Tworóg                                                                                   |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Tworóg 42-690, Zamkowa 6                                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 28 57 770                                                                                   |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276871028                                                                                      |                         |                             |
|                                              |                                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | SPZOZ Tworóg                                                                                   |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Tworóg 42-690, Zamkowa 6                                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322857345                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287 |                                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | NZOZ DANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                            |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Dankowice 43-331, św. Wojciecha 23                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338457385                                                                                      |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72692513                                                                                       |                         |                             |
|                                              |                                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | NZOZ DANMED                                                                                    |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Dankowice 43-331, Św. Wojciecha 23                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338457385                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288 |                                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Przychodnia "Elmed" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                    |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Żory 44-240, Osiedle Powstańców Śląskich 22                                                    |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 43 41 636                                                                                   |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276527271                                                                                      |                         |                             |
|                                              |                                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia POZ i lekarza rodzinnego                                                              |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Żory 44-240, os.Powstańców Śląskich 22                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324341636                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                     |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289 |                                                                                                | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | NZOZ Poradnia Lekarza Rodzinnego "MEDYK" Alicja Kuczmierczyk-EL-HASSAN i Hussam EL-HASSAN S.J. |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Wilamowice 43-330, Ignacego Paderewskiego 15 a                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                     | 33 84 57 123                                                                                   |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72818807                                                                                       |                         |                             |
|                                              |                                                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO "MEDYK"                      |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Wilamowice 43-330, Paderewskiego 15a                                                           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338457123                                                                                      |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                     |                         |                             |
|                                              |                                                                                                |                         |                             |

|                                                     |                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Zofia Jastrzębska                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Myszków 42-300, Romualda Traugutta 41                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343139261                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 150279649                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                    |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Myszków 42-300, TRAUGUTTA 41                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 501010664                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne "Eskulap" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | RACIBÓRZ 47-400, Kolejowa 19a                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 41 54 634                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276900155                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Racibórz 47-400, Kolejowa 19a                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 781691234                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Racibórz 47-400, Myśliwca 9/3a, 3c                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 781671234                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia MIŁOWICE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-203, Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 14 C              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 29 38 640, 29 38 543                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276937253                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Miłowice                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-203, Baczyńskiego 14c                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 667945717                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Iwona Stępień, Bogdan Stępień - "Zdrowie" Spółka Cywilna           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kaczyce 43-417, Sobieskiego 12                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324694144                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72365990                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Kaczyce 43-417, Sobieskiego 12                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324694144                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Zespół Lecznictwa Otwartego Sp. z o. o.                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | JAWORZNO 43-600, Grunwaldzka 235                                   |                                |                                    |

|                                       |                                                        |                                |                                    |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                              | 32 61 65 751                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                  | 277479976                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                | Placówka Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Podłęże”       |                                |                                    |
| Adres:                                | Jaworzno 43-600, aleja marsz. Józefa Piłsudskiego 80   |                                | 1                                  |
| Telefon:                              | 326166189                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:               | 30.12.2020                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:            |                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                | Placówka Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Osiedle Stale” |                                |                                    |
| Adres:                                | Jaworzno 43-600, Aleja Tysiąclecia 2-14                |                                | 1                                  |
| Telefon:                              | 326155909                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:               | 30.12.2020                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:            |                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                | Placówka Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Łubowiec”      |                                |                                    |
| Adres:                                | Jaworzno 43-600, Katowicka 59                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                              | 326155863                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:               | 30.12.2020                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:            |                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                | Placówka Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Szczakowa”     |                                |                                    |
| Adres:                                | Jaworzno 43-600, Koszarowa 2                           |                                | 1                                  |
| Telefon:                              | 326177807                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:               | 30.12.2020                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:            |                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                | Placówka Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Byczyna”       |                                |                                    |
| Adres:                                | Jaworzno 43-600, Nauczycielska 4                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                              | 326161670                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:               | 30.12.2020                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:            |                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                | Placówka Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Podwale”       |                                |                                    |
| Adres:                                | Jaworzno 43-600, Nosala 5                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                              | 326163565                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:               | 30.12.2020                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:            |                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                | Placówka Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Kościuszko”    |                                |                                    |
| Adres:                                | Jaworzno 43-600, Plac Górników 5a                      |                                | 1                                  |
| Telefon:                              | 326163261                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:               | 30.12.2020                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:            |                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8</b> |                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                | Placówka Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Jeleń”         |                                |                                    |
| Adres:                                | Jaworzno 43-600, Wygoda 58                             |                                | 1                                  |
| Telefon:                              | 326167189                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:               | 30.12.2020                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:            |                                                        |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 9               |                                                                                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Nazwa:                                       | Placówka Podstawowej Opieki<br>Zdrowotnej „Ciężkowice”                                                                                   |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Jaworzno 43-600, Zawiszy Czarnego 2                                                                                                      |                         |                                |
| Telefon:                                     | 326161179                                                                                                                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                          |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295 |                                                                                                                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Danuta Ziółkowska, Lucyna Strzelczak -<br>Centrum Medycyny Rodzinnej i<br>Specjalistycznej "Dilmed" SC Lucyna<br>Strzelczak, Danuta Ziół |                         |                                |
| Adres:                                       | Katowice 40-231, Bohaterów Monte<br>Cassino 3                                                                                            |                         |                                |
| Telefon:                                     | 32 256-46-93                                                                                                                             |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 276892970                                                                                                                                |                         |                                |
|                                              |                                                                                                                                          |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                                                          |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Katowice 40-231, Bohaterów Monte<br>Cassino 3                                                                                            |                         |                                |
| Telefon:                                     | 322564693                                                                                                                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                          |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296 |                                                                                                                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | DE-MED Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością                                                                                        |                         |                                |
| Adres:                                       | Żory 44-240, Dworcowa 12                                                                                                                 |                         |                                |
| Telefon:                                     | 32 43 42 560                                                                                                                             |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 276527259                                                                                                                                |                         |                                |
|                                              |                                                                                                                                          |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | NZOZ Przychodnia "DE-MED"                                                                                                                |                         | 3                              |
| Adres:                                       | Żory 44-240, Dworcowa 12                                                                                                                 |                         |                                |
| Telefon:                                     | 324342560                                                                                                                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                          |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297 |                                                                                                                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Centrum Lekarskie "ALFA" Spółka Jawna<br>Ryszard Sędziak i Wspólnicy                            |                         |                                |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Grażyny 9                                                                                                          |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338118178                                                                                                                                |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 72171122                                                                                                                                 |                         |                                |
|                                              |                                                                                                                                          |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | NZOZ Centrum Lekarskie "Alfa" - Opieka<br>Ambulatoryjna                                                                                  |                         | 2                              |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Grażyny 9                                                                                                          |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338118178                                                                                                                                |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                               |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                          |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298 |                                                                                                                                          | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Józef Mocny, Barbara Janiak - Mocny,<br>Katarzyna Mocny - Pachońska - Spółka<br>cywilna: "Józef-Barbara-Katarzyna Mocny<br>S.C."         |                         |                                |
| Adres:                                       | Strzebiń 42-288, Lubliniecka 38                                                                                                          |                         |                                |
| Telefon:                                     | 34 35 70 399                                                                                                                             |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 151982871                                                                                                                                |                         |                                |
|                                              |                                                                                                                                          |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                          | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |

|                                                     |                                                                              |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Poradnia medycyny rodzinnej                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Strzebiń 42-288, Lubliniecka 38                                              |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 343570399                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299</b> |                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE FEMINA KAPUŚNIAK WALECZEK SPÓŁKA JAWNA                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-703, Kłodnicka 23                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322064060                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277481772                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne Femina                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-703, Kłodnicka 23                                                |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 575100192                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300</b> |                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | SP Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach "MOJA PRZYCHODNIA"         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-057, PCK 1                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322501454                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 270150167                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza poz dla dorosłych                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-092, ADAMA MICKIEWICZA 9                                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322599968                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza poz dla dorosłych                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-164, JULIANA ORDONA 3                                            |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322599491                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301</b> |                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Usługi Medyczne "Śródmieście" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tarnowskie Góry 42-600, Bytomska 8                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322853061                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277388914                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tarnowskie Góry 42-600, Bytomska 8                                           |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 322853061                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302</b> |                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "SANUS"Sp. z o.o. |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Wolności 182                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 27 13 261; 32 27 13 262                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277553023                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO                                                  |                                |                                    |

|                                                     |                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Zabrze 71-800, Wolności 182                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322713261                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303</b> |                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PRO FAMILIA DANUTA WROŃSKA                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-648, Stanisława Łętowskiego 16A        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 605746324                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277558859                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Pro Familia Poradnia Wielospecjalistyczna          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-648, Stanisława Łętowskiego 16A        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 605746324                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304</b> |                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | APD Agata i Paweł Dydoń Spółka jawna               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Rędziny 42-242, Działkowiczów 20                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343201444                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151988023                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia medycyny rodzinnej                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Warszawska 347                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343604174                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Rędziny 42-242, Działkowiczów 20                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343201444                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia ogólna                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Rudniki 42-240, Strażacka 1                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343279731                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305</b> |                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Bożena Zenderowska                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Czeladź 41-250, Tulipanów 1                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 26 96 576                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 271953678                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZELADŹ 41-250, TULIPANÓW 1                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322696576                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306</b> |                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ Ośrodek Zdrowia J.i L. Rybak Spółka Jawna     |                                |                                    |
| Adres:                                              | JASTRZĘBIE-ZDRÓJ 44-335, Janusza Kusocińskiego 23A |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324764445                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240324805                                          |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Nazwa:                                       | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej<br>opieki zdrowotnej                                                                      |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Jastrzębie Zdrój 44-338, Komuny<br>Paryskiej 14                                                                                  |                         |                                |
| Telefon:                                     | 324736729                                                                                                                        |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                       |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                  |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307 |                                                                                                                                  | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Poradnia Lekarzy Rodzinnych<br>"ZDROWIE" Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością     |                         |                                |
| Adres:                                       | Dąbrowa Górnicza 42-520, Aleja<br>Zwycięstwa 85                                                                                  |                         |                                |
| Telefon:                                     | 322605953                                                                                                                        |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 385250454                                                                                                                        |                         |                                |
|                                              |                                                                                                                                  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | NZOZ Poradnia Lekarzy Rodzinnych<br>"ZDROWIE"                                                                                    |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Dąbrowa Górnicza 42-520, Al.<br>Zwycięstwa 85                                                                                    |                         |                                |
| Telefon:                                     | 322605953                                                                                                                        |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                       |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                  |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308 |                                                                                                                                  | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Ewa Odlanicka-Poczobut Marta<br>Odlanicka-Poczobut Tadeusz Odlanicki-<br>Poczobut Spółka Cywilna Przychodnia<br>Lekarska "SANTE" |                         |                                |
| Adres:                                       | BYTOM 41-902, Sądowa 3                                                                                                           |                         |                                |
| Telefon:                                     | 32 28 19 871                                                                                                                     |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 3603242                                                                                                                          |                         |                                |
|                                              |                                                                                                                                  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Lekarska "SANTE"                                                                                                     |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Bytom 41-902, Sądowa 3                                                                                                           |                         |                                |
| Telefon:                                     | 322819871                                                                                                                        |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                       |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                  |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309 |                                                                                                                                  | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Usługi Medyczne PRO-MED spółka z<br>ograniczoną odpowiedzialnością                                                               |                         |                                |
| Adres:                                       | Gliwice 44-109, Poli Gojawicyńskiej 9A                                                                                           |                         |                                |
| Telefon:                                     | 32 55 77 200                                                                                                                     |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 276776293                                                                                                                        |                         |                                |
|                                              |                                                                                                                                  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                                                  |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Gliwice 44-109, Poli Gojawicyńskiej 9A                                                                                           |                         |                                |
| Telefon:                                     | 325577200                                                                                                                        |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                                       |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                                                  |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310 |                                                                                                                                  | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Lekarz Rodzinny Andrzej Sieroń                                                          |                         |                                |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-346, Komorowicka 314                                                                                            |                         |                                |
| Telefon:                                     | 33 81 04 294                                                                                                                     |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 70588390                                                                                                                         |                         |                                |
|                                              |                                                                                                                                  |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                                                  | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |

|                                                     |                                                                                                                             |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Gabinet lekarza rodzinnego                                                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-346, Komorowicka 314                                                                                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338104294                                                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311</b> |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Ewa Fober                                                                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Cieszyn 43-400, Tadeusza Kościuszki 12c                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 85 18 441                                                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 70490231                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Cieszyn 43-400, Kościuszki 12c                                                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338518441                                                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312</b> |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Spółka Lekarska ETNA - Tumulka i partnerzy                                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wodzisław Śląski 44-304, świętego Wawrzyńca 1                                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324572577                                                                                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277558871                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | spółka lekarska "ETNA" Tumulka i Partnerzy-punkt szczepień                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wodzisław Śląski 44-304, św. Wawrzyńca 1                                                                                    |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324572577                                                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313</b> |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarzy "ESKULAP" S.C. Stajniak-Barabasz Krystyna, Ślusarczyk Janusz |                                |                                    |
| Adres:                                              | Lipowa 34-324, Lipowa 1071                                                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338671376                                                                                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72125323                                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Lipowa 34-324, Brzeziny 147                                                                                                 |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 692626565                                                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314</b> |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Burek Janina, Szatoń Adam Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" S.C. Burek Janina, Szatoń Adam                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Racibórz 47-400, Piastowska 29                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 602311183                                                                                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276401044                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Lekarski w Kobylu                                                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kobyła 47-285, Główna 78                                                                                                    |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324301123                                                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                  |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Lekarski w Kornowacu                                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kornowac 44-285, Zacisze 27                                                                                             |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324301017                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Nędzy                                                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Nędza 47-440, Kopernika 10                                                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324102023                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska w Raciborzu                                                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Racibórz 47-400, Piastowska 29                                                                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324111200                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Lekarski w Zawadzie Książęcej                                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zawada Książęca 47-440, Raciborska 53                                                                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324102026                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315</b> |                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej UBEZPIECZALNIA Śimeček - Bączek, Fiedor, Perchała, Brawański, Koźlik Spółka jawna |                                |                                    |
| Adres:                                              | Cieszyn 43-400, Bielska 37                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 85 14 023                                                                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72176987                                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | CIESZYN 43-400, Bielska 37                                                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338514023                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316</b> |                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDICUS Maurycy Jakubiec Urszula Jakubiec Spółka Jawna                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | ŻYWIEC 34-300, Dworcowa 22                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338613677                                                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 70770781                                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | MEDICUS NZOZ Specjalistyka - Punkt Szczepień                                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | ŻYWIEC 34-300, UL. DWORCOWA 22                                                                                          |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 338613677                                                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317</b> |                                                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Medis spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-281, gen. Stanisława Szeptyckiego 1                                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322564776                                                                                                               |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                                  |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Identyfikator REGON:                                | 270202639                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia Lekarza Rodzinnego                                                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-281, Szeptyckiego 1                                                                                                  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322564776                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318</b> |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Urszula Boczek, Krzysztof Rabenda - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Grupowa Praktyka Lekarska Lekarz Rodzinny" spółka cyw |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pewel Mała 34-331, Jana Pawła II 66                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338638020                                                                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72182640                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet przygotowawczo-zabiegowy (punkt szczepień)                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pewel Mała 34-331, Jana Pawła II 66                                                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338638020                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319</b> |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych                                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-038, Powstańców 31                                                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 25 52 226                                                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 001100382                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-038, Powstańców 31                                                                                                   |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 323434101                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320</b> |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Ośrodek Rehabilitacyjno-Lecznicy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mikołów 43-190, Katowicka 22                                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 22 63 252, 22 64 563, 22 64 564                                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277601220                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mikołów 43-190, Katowicka 22                                                                                                     |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 570234484                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321</b> |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych "MEDYK" S.C. Majcherczyk K. Koziół A.                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Łodygowice 34-325, Królowej Jadwigi 5                                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 86 31 099, 33 86 31 328                                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72164582                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy z punktem szczepień                                                                              |                                |                                    |
|                                                     |                                                                                                                                  |                                | 4                                  |

|                                                     |                                                                                                                               |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Łodygowice 34-325, Królowej Jadwigi 5                                                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338631099                                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322</b> |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jasienicy                                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jasienica 43-385, 845                                                                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338153283                                                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72140535                                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Jasienicy                                                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jasienica 43-385, - 845                                                                                                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338152432                                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Rudzicy                                                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jasienica/Rudzica 43-394, - 350                                                                                               |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338152720                                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323</b> |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne "Silesiana" Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | ZABRZE 41-808, Szybowa 2A                                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322744756                                                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276209750                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia (gabinet) lekarza POZ                                                                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-902, Wrocławska 78                                                                                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 500202635                                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 324</b> |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Alfreda Owczarzy, Krystyna Tomecka - Spółka Cywilna Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy Rodzinnych "GÓRKI" |                                |                                    |
| Adres:                                              | GÓRKI MAŁE 43-436, Zalesie 3                                                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338539182                                                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72276944                                                                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ Praktyka Lekarzy Rodzinnych "Górki" s.c.                                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Górki Małe 43-436, Zalesie 3                                                                                                  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338539182                                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325</b> |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Eskulap Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Żory 44-240, Osiedle 700-lecia Żor PU 15                                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 43 40 433; 43 42 266                                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 271027345                                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Żory 44-240, osiedle 700-lecia Żor PU 15                                                                                      |                                | 2                                  |

|                                                     |                                                                                                              |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                            | 324342266                                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przedsiębiorstwo Usługowo-Produkcyjne "Metus" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Strumień 43-426, 1 Maja 18                                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 85 70 117                                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 8456099                                                                                                      |                                |                                    |
|                                                     |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przedsiębiorstwo Usługowo-Produkcyjne "Metus" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                        |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Strumień 43-246, 1 Maja 18                                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 601859785                                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 327</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Medycyny Rodzinnej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Świętochłowice 41-600, Katowicka 11                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327701415                                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 385089243                                                                                                    |                                |                                    |
|                                                     |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia reumatologiczna                                                                                     |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Świętochłowice 41-600, Katowicka 11                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327701415                                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 328</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Tomasz Winecki Firma Transportu Sanitarnego "ESKULAP". Wyjazdowa Pomoc Medyczna.                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-818, Jana Heweliusza 13                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 500046977                                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 3481201                                                                                                      |                                |                                    |
|                                                     |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Wyjazdowa Pomoc Medyczna "Eskulap"                                                                           |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Zabrze 41-818, Jana Heweliusza 13                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322716315                                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | ZDROWIE II Sp. z o.o.                                                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-219, Koszalińska 25                                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 29 67 766                                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276292900                                                                                                    |                                |                                    |
|                                                     |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Praktyka Nr1                                                                                                 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-219, Koszalińska 25                                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 509876104                                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330</b> |                                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Spółka Lekarska "ALFA MED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Żory 44-240, Promienna 1                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 434 32 72                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276518266                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | ŻORY 44-240, PROMIENNA 1                                                                           |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 324343272                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Łucja Przybyła-Majka                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZECHOWICE-DZIEDZICE 43-502, Plac Wolności 5                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 502215789                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 271675765                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZECHOWICE-DZIEDZICE 43-502, PLAC WOLNOŚCI 5                                                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 327361030                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | EUROKLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Książęca 9                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 49 97 788                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72312829                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Piotra Skargi 9                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 795165211                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 333</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | EURO MEDICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Jana Sobieskiego 83                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 81 48 181                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277690493                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wielospecjalistyczne Centrum Medyczne EUROMEDICA Sp. z o. o. |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Żywiecka 142                                                                 |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 338148181                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 334</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Gminny Ośrodek Zdrowia w Buczkowicach"             |                                |                                    |
| Adres:                                              | BUCZKOWICE 43-374, Szkolna 799                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 81 77 196                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72177047                                                                                           |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                                 | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                              | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BUCZKOWICACH"                          |                         | 2                           |
| Adres:                                              | Rybarzowice 43-378, Beskidzka 67                                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                            | 338177231                                                                                                       |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                      |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                 |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 335</b> |                                                                                                                 | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                              | RADAN - MED Sp. z o.o.                                                                                          |                         |                             |
| Adres:                                              | GLIWICE 44-100, Basztowa 3                                                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                            | 322307947                                                                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                                | 272860559                                                                                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                                 | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                              | Gabinet POZ                                                                                                     |                         | 2                           |
| Adres:                                              | Gliwice 44-100, Basztowa 3                                                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                            | 797904463                                                                                                       |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                      |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                 |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336</b> |                                                                                                                 | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                              | START Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                   |                         |                             |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-200, Naftowa 35                                                                                    |                         |                             |
| Telefon:                                            | 32 2933331; 32 2932059                                                                                          |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                                | 276875150                                                                                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                                 | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                            |                         | 1                           |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-200, Naftowa 35                                                                                    |                         |                             |
| Telefon:                                            | 322933331                                                                                                       |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                      |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                 |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                      |                                                                                                                 | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                            |                         | 1                           |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-200, Sobieskiego 29                                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                            | 322997109                                                                                                       |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                      |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                 |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337</b> |                                                                                                                 | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska Nasze Zdrowie sp. z o.o.                             |                         |                             |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, św. Floriana 2-4                                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                            | 32 27 14 743                                                                                                    |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                                | 277626532                                                                                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                                                 | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                                                                            |                         | 2                           |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, św. Floriana 2-4                                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                            | 322712233                                                                                                       |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                      |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                 |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338</b> |                                                                                                                 | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                              | Parafia Archikatedralna - Przychodnia Lekarska Rzymskokatolickiej Parafii Archikatedralnej p.w. Świętej Rodziny |                         |                             |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Krakowska 15/17                                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                            | 343653638                                                                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                                | 040012443                                                                                                       |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Nazwa:                                       | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                                               |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-200, Krakowska 15/17                                                                           |                         |                                |
| Telefon:                                     | 343680272                                                                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                               |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Lekarska<br>Rzymskokatolickiej Parafii<br>Archikatedralnej p.w. Świętej Rodziny w<br>Częstochowie |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-200, Krakowska 15/17                                                                           |                         |                                |
| Telefon:                                     | 343680272                                                                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                               |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339 |                                                                                                               | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Biel-Med Spółka z ograniczoną<br>odpowiedzialnością                                                           |                         |                                |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Szara 5                                                                                 |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338299500                                                                                                     |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 72696793                                                                                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                                                                          |                         | 2                              |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Kustronia 40                                                                            |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338299500                                                                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                               |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ Straconka                                                                                |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Straconki 57                                                                            |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338299500                                                                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                               |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340 |                                                                                                               | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | NZOZ "Lekarz Rodzinny" spółka z o.o                                                                           |                         |                                |
| Adres:                                       | Żywiec 34-300, Ks Pr.St.Słonki 24                                                                             |                         |                                |
| Telefon:                                     | 33 86 12 053                                                                                                  |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 70881606                                                                                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                               |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Żywiec 34-300, ul. Ks. Pr. St. Słonki 24                                                                      |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338612053                                                                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                               |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341 |                                                                                                               | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Ubezpieczalnia Sp. z o.o.                                                                                     |                         |                                |
| Adres:                                       | Czechowice-Dziedzice 43-502, Henryka<br>Sienkiewicza 8                                                        |                         |                                |
| Telefon:                                     | 32 21 55 917                                                                                                  |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 72726614                                                                                                      |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                               |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Czechowice-Dziedzice 43-502,<br>Bestwińska 15                                                                 |                         |                                |
| Telefon:                                     | 322153825                                                                                                     |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                    |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                               |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                                               | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |

|                                                     |                                                                      |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Czechowice-Dziedzice 43-502, Sienkiewicza 8                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322153241                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ligota 43-518, Miliardowicka 64                                      |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322157268                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342</b> |                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wilkowicach            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wilkowice 43-365, Wyzwolenia 18                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338171242                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72135149                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wilkowice 43-365, Wyzwolenia 18                                      |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 696050760                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343</b> |                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska San-Med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | TYCHY 43-100, Biblioteczna 17                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 32 77 677                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277601242                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tychy 43-100, Biblioteczna 17                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 323276061                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344</b> |                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDICUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | ŁAZY 42-450, Kolejowa 5a                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 71 03 369, 32 71 03 391                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277553394                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | "MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Łazy 42-450, Kolejowa 5a                                             |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 327103369                                                            |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                           |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                      |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345</b> |                                                                      | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne "Hipokrates" Sp. z o.o.                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tychy 43-100, Generała Ch. de Gaulle'a 49                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323274021                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276684600                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                      | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Podstawowa opieka zdrowotna                                          |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Tychy 43-100, Gen.Ch. De gaulle'a 49                                                                                                  |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 324116640                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346</b> |                                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Roman Gołębiowski, Małgorzata Gołębiowska Spółka cywilna Przychodnia Lekarska "Witamina"                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Konieczpol 42-230, Zamkowa 1A                                                                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 3552715, 3552272                                                                                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151990876                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia ogólna                                                                                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Konieczpol 42-230, Zamkowa 1A                                                                                                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343552715                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347</b> |                                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | ARTMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | ZABRZE 41-800, Henryka Sienkiewicza 28                                                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 2712065 do 2712069                                                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276833252                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Henryka Sienkiewicza 28                                                                                                |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 602290658                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 348</b> |                                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDIPOZ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.                                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZERWIONKA-LESZCZYNY 44-230, 3 Maja 36C                                                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 43 18 183                                                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277642028                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Nr 2                                                                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZERWIONKA-LESZCZYNY 44-230, 3 Maja 36C                                                                                               |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 782540572                                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 349</b> |                                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FAMILIA" Specjalistyczna Spółka Lekarska Krasowska- Salamon i Malczyk-Kęska Sp. Partner.       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Czerwionka-Leszczyny 44-238, Sportowa 2A                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 43 15 083                                                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277672845                                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FAMILIA" Specjalistyczna Spółka Lekarska Krasowska-Salamon i Malczyk - Kęska Spółka partnerska |                                | 1                                  |

|                                                     |                                                                                                                                  |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Czerwionka- Leszczyny 44-238, Sportowa 2A                                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 505038829                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 350</b> |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | OLIMPIONIK Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | ZABRZE 41-803, Bytomska 28                                                                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 27 14 217                                                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277601130                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-803, Bytomska 28                                                                                                       |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 570889671                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 351</b> |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Spółka Lekarska - Agata Paszek-Bluszcz,Wojciech Bluszcz - Spółka Partnerska                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-808, Budowlana 28                                                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 27 22 592, 37 65 580                                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277623309                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | ZABRZE 41-808, Budowlana 28                                                                                                      |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 322722592                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień i pobierania materiału do badań laboratoryjnych                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | ZABRZE 41-813, Jordana 56b                                                                                                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322728111                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 352</b> |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Amicus - Med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | KUŹNIA RACIBORSKA 47-420, Klasztorna 9 b                                                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324191416                                                                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277676978                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowa                                                                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kuźnia Raciborska 47-420, Klasztorna 9b                                                                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324191416                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 353</b> |                                                                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Beata Śpiewak, Andrzej Fuchs, Halina Noga - Praktyka Grupowa Beata Śpiewak, Andrzej Fuchs, Halina Noga - Praktyka Grupowa Lekarz |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jeleśnia 34-340, Plebańska 5                                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338636022                                                                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72176600                                                                                                                         |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Gabinet przygotowawczy do szczepień                                                                   |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Jeleśnia 34-340, Plebańska 5                                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338636022                                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 354 |                                                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | B. Błaszczyńska i E. Kołodziej Spółka Partnerska Lekarzy                                              |                         |                             |
| Adres:                                       | Toszek 44-180, Górnośląska 1                                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322334372                                                                                             |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 277714934                                                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                       |                         | 1                           |
| Adres:                                       | TOSZEK 44-180, GÓRNOŚLĄSKA 1                                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322334372                                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 355 |                                                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Włodzimierz Waligóra, Tadeusz Underman - "SALUS" Spółka Cywilna Włodzimierz Waligóra Tadeusz Underman |                         |                             |
| Adres:                                       | Radziechowy 34-381, św. Marcina 1301                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                     | 33 86 76 228                                                                                          |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 72112160                                                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Gabinet szczepień                                                                                     |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Radziechowy 34-381, św. Marcina 1301                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338676228                                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                       |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Gabinet szczepień                                                                                     |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Wieprz 34-382, Figurów 540                                                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338675471                                                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 356 |                                                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Iwona Kuźmińska-Meryk i Partnerzy - Lekarze                                                           |                         |                             |
| Adres:                                       | PYSKOWICE 44-120, Wojska Polskiego 10                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 33 30 571                                                                                          |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 277747655                                                                                             |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                       | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                       |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Pyskowice 44-120, Wojska Polskiego 10                                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 3330571                                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                            |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 357 |                                                                                                       | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Spółka cywilna Praktyka Lekarzy Rodzinnych "TESA" Ewa Kawa, Tomasz Kawa                               |                         |                             |
| Adres:                                       | Międzybrodzie Bialskie 34-312, ks. Prałata Jana Banasia 9                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 602501830                                                                                             |                         |                             |

|                                                     |                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Identyfikator REGON:                                | 72123100                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ Lekarzy Rodzinnych "TESA"                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Międzybrodzie Bialskie 34-312, ks. Prałata Jana Banasia 9  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338661805                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 358</b> |                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sławków 41-260, Polskiego Czerwonego Krzyża 3              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 2931056, 32 2931003, 32 2609930                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 356277562                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sławków 41-260, PCK 3                                      |                                | 4                                  |
| Telefon:                                            | 322609930                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 359</b> |                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Grzegorz Drabek                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Poręba 42-480, ks. Franciszka Pędzicha 29                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 600288142                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 272924408                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy dla poradni POZ            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 41-300, Korczaka 5A                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322628783                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-374, Wiosny Łódów 19A/2                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322057013                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 360</b> |                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Wielomed Nowicka&Sawicki Spółka Partnerska Lekarzy         |                                |                                    |
| Adres:                                              | WIELOWIEŚ 44-187, Główna 25                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322336086                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277766115                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Świbie 44-187, Poczta 9                                    |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322336040                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wielowieś 44-187, Główna 25                                |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322336086                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                 |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                             |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 361</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Lekarska Spółka Partnerska Krystyna Kaźmierczyk i Barbara Miarczyńska-Kunert                |                                |                                    |
| Adres:                                              | PYSKOWICE 44-120, gen. Władysława Sikorskiego 83                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322332663                                                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277821788                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                             |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | PYSKOWICE 44-120, SIKORSKIEGO 83                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322332663                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 362</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PROMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Będzin 42-500, Siemońska 11                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 76 25 331                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277747610                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowo-Specjalistyczna Nr 1                                                   |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Będzin 42-500, Siemońska 11                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327625330                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 363</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FAMILIA-MED" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bieruń 43-150, Chemików 37                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322161618                                                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276640748                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia medycyny rodzinnej                                                                 |                                | 4                                  |
| Adres:                                              | Bieruń 43-150, Chemików 37                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 574453503                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 364</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Obwód Lecznictwa Kolejowego w Gliwicach - SPZOZ                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | GLIWICE 44-100, Opolska 18                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323318150                                                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276253514                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                    |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Gliwice 44-100, Opolska 18                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323318150                                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 365</b> |                                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                          |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | NZOZ Pogotowie Ratunkowe "SAWMED" Podstawowa i Specjalistyczna Opieka Zdrowotna          |                                |                                    |
| Adres:                                              | LUBLINIEC 42-700, Majdanek 6                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 604615320                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 531527779                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kalety 42-660, Gwoźdź 25                                                                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343577335                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Krupski Młyn 42-693, Główna 11                                                           |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322884820                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 366</b> |                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Praktyka Lekarzy Rodzinnych                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-752, Medyków 22                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322521420                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278283809                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Praktyka Lekarzy Rodzinnych SALUS                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-752, Medyków 22                                                              |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 32 252 14 20                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 367</b> |                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ŚWIERKLANY Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | ŚWIERKLANY 44-266, Kościelna 79                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324304310                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277875152                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ Świerklany                                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Świerklany 44-266, Kościelna 79                                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324304310                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 368</b> |                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | SALUS NOVA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-408, 11-go Listopada 1                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322223216                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277747425                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ SALUS NOVA - Punkt szczepień 11 Listopada                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-408, 11 Listopada 1                                                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322223216                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ SALUS NOVA - Punkt Szczepień Fików                                                  |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                                                 |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Mysłowice 41-409, Heleny i Ignacego Fików 5b                                                                                    |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322250048                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 369</b> |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jaworzu                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | JAWORZE 43-384, Lecznica 272                                                                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338172234                                                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72154715                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jaworzu                                                                           |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | JAWORZE 43-384, LECZNICZA 272                                                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338172234                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 370</b> |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Gałczyk-Leśniewska, Kasiński, Leśniewski, Skulski Lekarska Spółka Partnerska REMEDIUM                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Suszec 43-267, Wyzwolenia 2                                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 21 24 403                                                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72753663                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                                                     |                                | 3                                  |
| Adres:                                              | SUSZEC 43-267, WYZWOLENIA 2                                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322124418                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 371</b> |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | SANTE CLINIC Sp. z o. o. Sp. k.                                                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-219, ul. Aleja Wolności 6                                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 29 24 847                                                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277825183                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                                                            |                                | 6                                  |
| Adres:                                              | Sosnowiec 42-219, Aleja Wolności 6                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322690737                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 372</b> |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Jadwiga Dzielska, Walter Piątek, Alicja Krysta-Sobutka - Praktyka Grupowa Lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej SC NZOZ Dzielsk |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ustroń 43-450, Mickiewicza 1                                                                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 85 41 512                                                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72144651                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ                                                                                                                    |                                | 4                                  |
| Adres:                                              | Ustroń 43-450, Mickiewicza 1                                                                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 333336061                                                                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 373</b> |                                                                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Czwórka" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-400, Stanisława Wyspiańskiego 19                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 22 25 357                                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277849261                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ dla dorosłych                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-400, Stanisława Wyspiańskiego 19                                           |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322225357                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 374</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | EUROMED-M Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-400, Bernarda Świerczyny 1                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 31 74 704                                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276808656                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej EUROMED-M                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-400, Bernarda Świerczyny 1                                                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 323174705                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 375</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | OMEGA-MED J.Kubica, A.Kubińska-Kubica Lekarze Medycyny Spółka Partnerska                |                                |                                    |
| Adres:                                              | SOSNOWIEC 41-200, Niwecka 18                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 26 63 032                                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277855095                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowa "NIWECKA - WALCOWNIA"                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-200, Niwecka 18                                                            |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322663032                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 376</b> |                                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "AVIMED" Sp. z o.o.                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | BYTOM 41-914, PLAC ŻEROMSKIEGO 1                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327679646                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277463515                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-914, Plac Żeromskiego 1                                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 508328988                                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-857, Gliwicka 159                                                           |                                | 1                                  |

|                                                     |                                                                                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                            | 508328988                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 377</b> |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | VITAMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | PSZÓW 44-370, Władysława Andersa 22                                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 7291315, 7291092, 7291992                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278039794                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                                                        |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Psów 44-370, Władysława Andersa 22                                                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327291315                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 378</b> |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PRZEDSIĘBIORSTWO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I PROMOCJI ZDROWIA ELVITA-JAWORZNO III SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jaworzno 43-600, Gwarków 1                                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327549411                                                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276223418                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NSZOZ EŁ-MED                                                                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Będzin 42-504, Pokoju 14                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 505760166                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ Przychodnia Centrum Medyczne Energetyków                                                                         |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Tuwima 2                                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33499141                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | ELVITA NZOZ PRZYCHODNIA LEKARSKA IM. MAKSYMILIANA MARII KOLBEGO W CZĘSTOCHOWIE                                        |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Aleja Armii Krajowej 5                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343648334                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | ELVITA NZOZ                                                                                                           |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Jaworzno 43-600, Gwarków 1                                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32754911                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Elvita NZOZ Altered Plus                                                                                              |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Katowice 40-007, Uniwersytecka 13                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 326030420                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                            |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                        |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 379</b> |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Krystyna Olechowska                                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | STRUMIEŃ 43-246, Księdza Londzina 44                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 85 71 428                                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72858592                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ                                                                                           |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Strumień 43-246, Ks.Londzina 44                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338571428                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 380</b> |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SALUS" Lekarze Jurkowska i Łabęcka - Gorczyca Spółka Partnerska |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-200, Niwecka 16                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322660221                                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278060475                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ "SALUS"                                                                                           |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | SOSNOWIEC 41-200, NIWECKA 16                                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322660221                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 381</b> |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Lux-Med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-710, Alojzego Jankowskiego 6/03                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322420788                                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278011577                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień ochronnych                                                                             |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | RUDA ŚLĄSKA 41-710, JANKOWSKIEGO 6                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322420788                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 382</b> |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | POLIKLINIKA DĄBROWSKA PRINN Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | DĄBROWA GÓRNICZA 41-308, Aleja Józefa Piłsudskiego 92                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 639 01 40                                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278064326                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                        |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | DĄBROWA GÓRNICZA 41-308, Królowej Jadwigi 25A                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 885599660                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowa                                                                                   |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | DĄBROWA GÓRNICZA 41-308, Piłsudskiego 92                                                               |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                 |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                            | 326390101                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 383</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Porębie                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Poręba 42-480, Wojska Polskiego 20                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 67 71 052                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278104340                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Poręba 42-480, Wojska Polskiego 20                                              |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 326771052                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 384</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | SANTE Sp. z o.o.                                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 41-303, Kasprzaka 26A                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 26 02 528                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278078831                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANTE Sp. z o.o.                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 41-303, Kasprzaka 26A                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322640744                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 385</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie sp. z o.o.                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pietrowice Wielkie 47-480, Janowska 15                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 41 98 024                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277849284                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pietrowice Wielkie 47-480, Janowska 15                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 606607885                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 386</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | OLK Poradnie Specjalistyczne w Sosnowcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-200, Marszałka Józefa Piłsudskiego 9                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322695226                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276407503                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Specjalistyczno - Rejonowa Przychodnia Lekarska                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | SOSNOWIEC 41-200, PIŁSUDSKIEGO 9                                                |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 322900035                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 387</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                               |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Poradnia REMEDIUM spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-506, ks. Stanisława Staszica 4/1                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323461370                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278132750                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | PORADNIA REMEDIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                     |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Chorzów 41-506, ks. Stanisława Staszica 4                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 692477452                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 388</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO " ŻERNIKI " MAGDALENA KAWALSKA                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Gliwice 44-105, Pawła Strzeleckiego 27                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 23 03 978, 507020383                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278146308                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Szczepień 1                                                                             |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Gliwice 44-105, Tarnogórska 218 B                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322303978                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 389</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | UROVITA Sp. z o.o. - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital "Śląskie Centrum Urologii" |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, Strzelców Bytomskich 11                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 11 14 200                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277696403                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | "UROVITA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                             |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, Strzelców Bytomskich 11                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 321114200                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 390</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | FAMILIAMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | MIKOŁÓW 43-190, Osiedle przy Plantach 8                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 606919145                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243516936                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska                                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | MIKOŁÓW 43-190, OSIEDLE MICKIEWICZA 20                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 606919145                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 391</b> |                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                              |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | SAR Spółka Jawna                                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-910, Chorzowska 14                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 28 11 000                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277688527                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-910, ul. Chorzowska 14                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322811000                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 392</b> |                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Jarosław Bolek "SALUS AEGROTI"                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Żywiec 34-300, Dworcowa 54                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338666895                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 70410440                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wieprz 34-381, Żywiecka 15                                                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338666895                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 393</b> |                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Stanisław Izdebski                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Koszęcin 42-286, Sobieskiego 8                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343524888                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 150277886                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Koszęcin 42-286, Sobieskiego 8                                                               |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343524888                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 394</b> |                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ Viva-Med s.c Marta Wesołowska-Babińska, Paweł Stokłosa                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Urodzajna 37                                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 822 72 23                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72919632                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | BIELSKO-BIAŁA 43-300, URODZAJNA 37                                                           |                                | 3                                  |
| Telefon:                                            | 338227223                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 395</b> |                                                                                              | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-309, Willowa 2A                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 33 821 90 47                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 70432469                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                              | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ                                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-309, Willowa 2a                                                             |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338210229                                                                                    |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                   |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                              |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 396 |                                                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Junior” R. Szubra, J. Sekulska, G. Mazur Spółka Jawna |                         |                             |
| Adres:                                       | Rybnik 44-200, Władysława Stanisława Reymonta 60                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324227151                                                                                    |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 277840449                                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | NZOZ „JUNIOR”                                                                                |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Rybnik 44-200, Reymonta 60                                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324227151                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 397 |                                                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NovaMed sp. z o.o.                                     |                         |                             |
| Adres:                                       | Katowice 40-226, Bogucicka 18 a                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 25 99 031                                                                                 |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 278333631                                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ dla dorosłych                                                           |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Katowice 40-226, Bogucicka 18a                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322599031                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 398 |                                                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Księżycowa" Sp. z o.o.           |                         |                             |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-200, Księżycowa 5                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343704664                                                                                    |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 152171471                                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Lekarska                                                                         |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-200, Księżycowa 5                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343704664                                                                                    |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 399 |                                                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | NZOZ Centrum Medyczne Graniczna sp. z o.o.                                                   |                         |                             |
| Adres:                                       | Katowice 40-018, Graniczna 45                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 25 54 949                                                                                 |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 240007418                                                                                    |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                              | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | NZOZ Centrum Medyczne Graniczna Sp. z o.o.                                                   |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Katowice 40-018, Graniczna 45                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 444 65 65 wew. 1, 602695076                                                               |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                   |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                              |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 400 |                                                                                              | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Przychodnia AGMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                    |                         |                             |
| Adres:                                       | KATOWICE 40-124, Gustawa Morcinka 15-17                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322582402                                                                                    |                         |                             |

|                                                     |                                                                             |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Identyfikator REGON:                                | 243593285                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | PRZYCHODNIA AGMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                   |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Katowice 40-127, Dunikowskiego 12,14,16                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322582402                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 401</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Renata Kandziora                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | ŚWIĘTOCHŁOWICE 41-608, Łagiewnicka 6                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322454733                                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278328222                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                        |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Świętochłowice 41-608, Łagiewnicka 6                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322454733                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 402</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia "Na Witosa" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością             |                                |                                    |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-832, Wincentego Witosa 21                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 2540239, 2540077                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 278339059                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia "Na Witosa" Spółka z o.o. |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Katowice 40-832, Witosa 21                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 2540239                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 403</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDICUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Świętochłowice 41-605, Korfantego 3                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 24 56 196                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277916916                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ dla dorosłych i dla dzieci                             |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Świętochłowice 41-605, Korfantego 3                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322456196                                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 404</b> |                                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | EUROMED Przychodnia Lekarska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Wielkoborska 37/41                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 36 29 637                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240009015                                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                                        |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska EUROMED                                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Wielkoborska 37/41                                                                                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 600785247                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 405</b> |                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ Przychodnia Lekarska Rocha 250 Sp. z o.o.                                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZĘSTOCHOWA 42-200, św. Rocha 250                                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 36 27 212                                                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 152190178                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy dla dorosłych                                                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZĘSTOCHOWA 42-200, ŁÓDZKA 8/12                                                                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343214270                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy dla dorosłych                                                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZĘSTOCHOWA 42-200, ROCHA 250                                                                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343627212                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 406</b> |                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDICATA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-215, Starzyńskiego 48                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 26 34 717, 26 34 588                                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240059540                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medicata" sp. z o. o.                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-215, Stefana Starzyńskiego 48                                                                             |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322634588                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 407</b> |                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska "Południe" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZĘSTOCHOWA 42-208, Mireckiego 29a                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343710815                                                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240010691                                                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska "Południe"                                                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-208, Mireckiego 29a                                                                                     |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343232153                                                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 408</b> |                                                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Pogwizdowie Hanna Brzózka-Mikołajczyk, Robert Czyż, Dorota Zamora Spółka Jawna |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pogwizdów 43-418, Cieszyńska 78                                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 334740339                                                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 72167511                                                                                                               |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                          |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Kończyce Małe 43-410, Kasztelańska 2a                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324691323                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                          |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Kończyce Wielkie 43-419, Kukli 16                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                     | 334740399                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                   |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 3               |                                                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                          |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Pogwizdów 43-418, Cieszyńska 78                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                     | 334740339                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 409 |                                                                                   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Zakład Usług Zdrowotnych i Innych "Kiedrzyńska" Sp. z o.o. - Przychodnia Lekarska |                         |                             |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-215, Kiedrzyńska 81 A                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 34 3256133, 3254550                                                               |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 240006264                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                   |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-215, Kiedrzyńska 81a                                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343256133                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 410 |                                                                                   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | OLMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                     |                         |                             |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-200, Olsztyńska 68                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343726602                                                                         |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 152189229                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Lekarska "OLMED"                                                      |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-202, Olsztyńska 68                                                 |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343726602                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                        |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                   |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 411 |                                                                                   | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE "SPEC-MED"                                       |                         |                             |
| Adres:                                       | CZĘSTOCHOWA 42-200, Al. Wolności 14                                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343245059                                                                         |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 152190801                                                                         |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                   | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE "SPEC-MED"                                       |                         | 2                           |
| Adres:                                       | CZĘSTOCHOWA 42-200, WOLNOŚCI 14                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                     | 797442958                                                                         |                         |                             |

|                                                     |                                                                                                               |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 412</b> |                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Nord Med" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, prof. Kazimierza Michałowskiego 6                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343721092                                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 152186739                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Michałowskiego 6                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343606811                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 413</b> |                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | AVAMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Powstańców Śląskich 7A                                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 36 31 537, 37 10 010                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240049954                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy dla POZ                                                                       |                                | 6                                  |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Powstańców Śląskich 7a                                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343631537                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 414</b> |                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "WRZOSOWIAK" Sp. z o.o.                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZĘSTOCHOWA 42-200, Orkana 61/67A                                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343634634                                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 152189407                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, ul. Władysława Orkana 61/67A                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343634634                                                                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 415</b> |                                                                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej Adam Konina Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Koszęcin 42-286, Ligonja 11 d                                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343576336                                                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 367607290                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet pielęgniarki środowiskowo rodzinnej                                                                   |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Koszęcin 42-286, Ligonja 11d                                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343576336                                                                                                     |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 416</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Combi-Med. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZĘSTOCHOWA 42-218, Dekabrystów 17/19                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343225197                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240033380                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                               | 2                              |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-218, Dekabrystów 17/19                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 532455531                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 417</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MED-PROFIL Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Żernica 44-144, Olchowa 16C                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322397510                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240113630                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                     | 1                              |                                    |
| Adres:                                              | Żernica 44-144, Olchowa 16c                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322397510                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 418</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | UNI-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | PIEKARY ŚLĄSKIE 41-940, Ks. Jerzego Popiełuszki 50                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327679546                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 140182998                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                                               | 1                              |                                    |
| Adres:                                              | Piekary Śląskie 41-949, M. Skłodowskiej-Curie 81                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 516029735                                                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 419</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | ZDROVIT Anna Pawłowska-Nejman, Marek Szewczyk Spółka Jawna                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Czeladź 41-250, Niepodległości 1A                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 26 50 068                                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240243633                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROVIT" Anna Pawłowska-Nejman, Marek Szewczyk spółka jawna | 1                              |                                    |
| Adres:                                              | Czeladź 41-250, Niepodległości 1A                                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 265 00 68                                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 420</b> |                                                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                             |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | PIASTOWSKA-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Piastowska 80/82                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 36 58 424                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240323674                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZĘSTOCHOWA 42-200, PIASTOWSKA 80/82                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 514531810                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 421</b> |                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NASZA PRZYCHODNIA "Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością" |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZĘSTOCHOWA 42-217, Aleja Wolności 46                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 36 69 603                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240094742                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NASZA PRZYCHODNIA                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-217, Wolności 46                             |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 343669625                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NASZA PRZYCHODNIA                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kościelec 42-240, Mykanowska 15 A                           |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343200410                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 422</b> |                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Anastazja Janik                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Aleja Najświętszej Maryi Panny 62       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343242469                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240448329                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarzy Specjalistów "Janik-Med 2"              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-200, Aleja Najświętszej Maryi Panny 62       |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 602707046                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                             |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 423</b> |                                                             | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | FAMILIA-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-412, Generała Jerzego Ziętka 61c               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322223033                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 360077498                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                             | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ FAMILIAMED                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-400, Gen ziętka 61c                            |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322223033                                                   |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                  |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                             |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 424 |                                                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Bogdan Malina                                                                                                 |                         |                             |
| Adres:                                       | Olsztyn 42-256, Żwirki i Wigury 34                                                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 34 3285240, 3285970                                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 150882877                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Gabinet zabiegowy                                                                                             |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Zrębice 42-256, Główna 141                                                                                    |                         |                             |
| Telefon:                                     | 785579197                                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 425 |                                                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gaszowice Jureczko-Czech, Krajczok, Łączka lekarska spółka partnerska   |                         |                             |
| Adres:                                       | Gaszowice 44-293, Rydułtowska 1                                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 43 05 570                                                                                                  |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 240524119                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                                               |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Gaszowice 44-293, Rybnicka 1                                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324305570                                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 426 |                                                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | NZOZ Poradnia Medycyny Rodzinnej "KRISMED" Krzysztof Stolarczyk                                               |                         |                             |
| Adres:                                       | Jejkowice 44-290, Główna 36                                                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324302756                                                                                                     |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 273433109                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | NZOZ Poradnia Medycyny Rodzinnej KRISMED                                                                      |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Jejkowice 44-290, Główna 36                                                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                     | 601084112                                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 427 |                                                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska Lege Artis spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                             |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-221, Kutnowska 4                                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 34 36 66 033                                                                                                  |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 240514262                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia ogólna POZ                                                                                           |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-221, Kutnowska 4                                                                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343666033                                                                                                     |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                    |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                               |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 428 |                                                                                                               | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Na Lamżowcu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                           |                         |                             |
| Adres:                                       | Pszów 44-370, 41                                                                                              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 45 58 650                                                                                                  |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 240494536                                                                                                     |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                               | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                     |                                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | NA LAMŻOWCU SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Pszów 44-370, Skwary 41                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324558650                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 429</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ "CENTRUM" E.Hartabus, M.Sobala Spółka cywilna                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Radlin 44-310, Władysława Orkana 10                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324568742                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240511921                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                            |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Radlin 44-310, Orkana 10                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324568742                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 430</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | VITA LONGA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-748, Uniczowska 6                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 20 29 715                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240485684                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ dla dorosłych                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Katowice 40-748, ul. Uniczowska, 6                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322029715                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 431</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | GÓRNICZY ZESPÓŁ LECZNICTWA AMBULATORIJNEGO w RUDZIE ŚLĄSKIEJ FUNDACJI "UNIA BRACKA" |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-711, KOKOTA 172                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 24 01 065                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 270234496                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Bracka BOBREK                                                           |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Bytom 41-906, Konstytucji 89                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323950513                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Bracka SOŚNICA                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Gliwice 44-100, Błonie 3                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323317398                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Bracka STASZIC                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Katowice 40-486, Mysłowicka 13                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322552856                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Bracka KNURÓW                                                           |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                        |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Knurów 44-190, Dworcowa 3                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322351341                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Bracka WESOŁA                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-408, Edmunda Osmańczyka 4                                                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322239286                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>               |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Bracka BIELSZOWICE                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-711, Edmunda Kokota 172                                                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 323403064                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7</b>               |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Bracka PORĄBKA-KLIMONTÓW                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-219, Romana Dmowskiego 6a                                                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322988937                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 432</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | OPIFER Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | ZABRZE 41-800, Alojzego Pawliczka 20                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322711036                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240037537                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia Lekarza rodzinnego                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Alojzego Pawliczka 20                                                   |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 515126057                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 433</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VITO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | GLIWICE 44-100, Radiowa 2                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323029810                                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240133028                                                                              |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                        | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia Chorób Zakaźnych                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Gliwice 44-100, Radiowa 2                                                              |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 323029838                                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                             |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                        |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 434</b> |                                                                                        | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | CENTERMED KATOWICE 2 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-859, Feliksa Bocheńskiego 38A                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 25 45 737                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 361577079                                                                              |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla dorosłych                         |                         |                             |
| Adres:                                       | Katowice 40-859, Feliksa Bocheńskiego 38A                                            |                         | 1                           |
| Telefon:                                     | 517811921                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 435 |                                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Izabella Deńca-Kuziemko                                                              |                         |                             |
| Adres:                                       | SOSNOWIEC 41-219, Stefana Kisielewskiego 2                                           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322631097                                                                            |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 270683515                                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | NZOZ Nasza Przychodnia                                                               |                         |                             |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-219, Kisielewskiego 2                                                   |                         | 2                           |
| Telefon:                                     | 508002222                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 436 |                                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny zakład Opieki Zdrowotnej PROMED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                             |
| Adres:                                       | TĄPKOWICE 42-624, Zwycięstwa 15                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 28 57 279                                                                         |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 240635020                                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza rodzinnego                                                          |                         |                             |
| Adres:                                       | Mierzęcice 42-460, Wolności 137                                                      |                         | 1                           |
| Telefon:                                     | 32 288 70 45                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                      |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza rodzinnego                                                          |                         |                             |
| Adres:                                       | Tąpkowice 42-624, Zwycięstwa 15                                                      |                         | 1                           |
| Telefon:                                     | 32 285 72 79                                                                         |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 437 |                                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | NT MEDICAL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                   |                         |                             |
| Adres:                                       | Katowice 40-750, Tadeusza Boya-Żeleńskiego 77                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 327976000                                                                            |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 277822865                                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                      |                         |                             |
| Adres:                                       | Katowice 40-750, Boya-Żeleńskiego 77                                                 |                         | 1                           |
| Telefon:                                     | 327976000                                                                            |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                           |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                      |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 438 |                                                                                      | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Anna Pogorzelska-Antkowiak                                                           |                         |                             |
| Adres:                                       | Skoczów 43-430, Wałowa 3                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 692124892                                                                            |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 277637910                                                                            |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                      | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |

|                                                     |                                                                   |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | NZOZ EsteDerm Poradnie Specjalistyczne                            |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Tychy 43-100, Aleja Bielska 135b/17                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327267450                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 439</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska "MEDICUS BIS"                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-202, Nadrzeczna 46/48                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343671470                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240675597                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-202, Nadrzeczna 46/48 46/48                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343671470                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 440</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VITA - MED                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Świętochłowice 41-605, Sądowa 5                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322454716                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240684662                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ dla dorosłych                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Świętochłowice 41-605, Sądowa 5                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322454716                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 441</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | ZiębaClinic. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-608, Kościuszki 255 a                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 20 23 635                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 273797395                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-608, Tadeusza Kościuszki 255A                         |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 666026126                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 442</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ Poradnia Medycyny Rodzinnej Mederis                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Pl. Krakowski 10                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 271 03 47                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277547382                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Plac Krakowski 10                                  |                                | 3                                  |
| Telefon:                                            | 322710347                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 443</b> |                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | SIGNUM BEATY Janusz Kustrzępa, Grzegorz Handwerker spółka cywilna |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-668, Bażantów 6C                                      |                                |                                    |

|                                                     |                                                                    |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                            | 323500035                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 273312854                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne Signum                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-668, Bażantów 6c                                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 323500035                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 444</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | EUROMED-POZ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                |                                |                                    |
| Adres:                                              | MYSŁOWICE 41-400, Bernarda Świerczyny 1                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 22 21 441                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240670855                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-400, Świerczyny 1                                     |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 32 222 18 93                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 445</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej FAMILIA-MED sp. Partnerska   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jasienica 43-385, Cieszyńska 933                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338152211                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240878952                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Familia-Med" Sp. partnerska |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jasienica 43-385, Cieszyńska 933                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338152211                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 446</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Duda Mirosław NZOZ "MEDICA" Przychodnia Lekarska                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pawonków 42-772, Skrzydlowicka 12                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 35 34 402                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 532140953                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego dla dorosłych                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pawonków 42-772, Skrzydlowicka 12                                  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343534402                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                    |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 447</b> |                                                                    | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Mariola Wiatr                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-902, Stefana Żeromskiego 18                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 601928363                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 3546188                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                    | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Wielospecjalistyczny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PROMED  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-902, Wrocławska 32/34                                     |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 601928363                                                          |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                         |                                |                                    |

|                                                     |                                                                           |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Wielospecjalistyczny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PROMED - filia |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Bytom 41-902, Żeromskiego 18                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322805555                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 448</b> |                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NZOZ TOP-MED Sp. z o.o. Przychodnia Lekarska                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-933, Szymały 122B                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 28 95 590                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240904595                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ dla dorosłych                                        |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Bytom 41-933, Szymały 122B                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 289 55 90                                                              |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 449</b> |                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MED 8 MIECHOWICE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-908, Stolarzowicka 108                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322807093                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240964350                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | MED8 Miechowice                                                           |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Bytom 41-908, Stolarzowicka 108                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322807093                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 450</b> |                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Bogusław Przydacz                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Lubliniec 42-700, Opolska 1                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 606859226                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240004615                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ MEDLIFE                                                              |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Lubliniec 42-700, Opolska 1                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 606859226                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          | 07.01.2021                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 451</b> |                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | ELAVITA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-906, Konstytucji 93                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322802863                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 241025750                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                           |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Bytom 41-906, Konstytucji 93                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322802863                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 452</b> |                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska Szombierki Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | BYTOM 41-907, Orzegowska 52a                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 3,22819794281392E+15                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240956391                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-907, Orzegowska 52 a                                           |                                | 3                                  |
| Telefon:                                            | 322819794                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-907, Zabrzeńska 8                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322819794                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 453</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NOVA - "4" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-902, Michała Wolskiego 4                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 28 14 710                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 241015288                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | BYTOM 41-902, PL.M.WOLSKIEGO 4                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 32214710                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 454</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | OMNIS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-909, Św. Cyryla i Metodego 38                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322862500                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240962658                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Omnis"                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-909, Św. Cyryla i Metodego 38                                  |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 322862500                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 455</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Śląskie Centrum Zdrowia Kobiety Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-139, Tomasza Kotlarza 6                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322549574                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240502419                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-139, Kotlarza 6                                             |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322548890                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 456</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Nasza Przychodnia - DWÓJKA Sp. z o.o.                                   |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Bytom 41-902, Strzelców Bytomskich 9                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 28 11 951                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240979713                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NASZA PRZYCHODNIA - DWÓJKA                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-902, Strzelców Bytomskich 9                                                       |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322811951                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 457</b> |                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Nr 13 Sp. z o. o.                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-902, Marszałka Józefa Piłsudskiego 84                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322814875                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240932210                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ dla dorosłych i dzieci                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | BYTOM 41-902, Piłsudskiego 84                                                              |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 312814875                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 458</b> |                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Koło basenu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Rydułtowy 44-280, Strzelców Bytomskich 11                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 45 78 066                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 241144471                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Rydułtowy 44-280, Strzelców Bytomskich 11                                                  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324578066                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 459</b> |                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | FAMILIA MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Przysowice 44-178, Polna 30C                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 23 57 220                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 241223609                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Przysowice 44-178, Polna 30c                                                               |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322357220                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 460</b> |                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego lek. med. Grzegorz Kiwic |                                |                                    |
| Adres:                                              | Połomia 44-323, Centralna 93                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 47 60 429                                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 272806666                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Połomia 44-323, Centralna 93                                                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324760429                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 461</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Praktyka Lekarza Rodzinnego lek. med.<br>Dariusz Chałupski |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mszana 44-325, 1 Maja 81                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324720028                                                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 272310267                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego lek. med. Dariusz Chałupski                                        |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Mszana 44-325, 1-Maja 81                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324720028                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 462</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Śląski Ośrodek Onkologii "SANIVITAS" Sp. z o.o                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | BYTOM 41-902, Akademicki 15/6                                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | +48 32 411 56 57                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243381554                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy 1 z punktem szczepień                                               |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, św. Barbary 1                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324115657                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 463</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Krzysztof Cogiel                                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Olza 44-353, Szkolna 3                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 45 14 200                                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276740964                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet lekarza POZ                                                                                 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Olza 44-353, Szkolna 3                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324514200                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 464</b> |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Poradnia Medycyny Rodzinnej Adam Stankiewicz               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-814, ks. Jerzego Badestinusa 1                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 27 38 058                                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 273861615                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                     |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Zabrze 41-814, Badestinusa 1                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 796260561                                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                     |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 465 |                                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Elżbieta Grudnik                                                                   |                         |                             |
| Adres:                                       | GLIWICE 44-141, Rolników 125                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 23 29 286                                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 273360793                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy                                                    |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Gliwice 44-141, Rolników 125                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322329286                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 466 |                                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Wielospecjalistyczna Sp. z o. o. |                         |                             |
| Adres:                                       | Tarnowskie Góry 42-600, Marszałka Józefa Piłsudskiego 18                           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 769 13 85                                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 241340893                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia (Gabinet) Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej                           |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Tarnowskie Góry 42-600, Piłsudskiego 18                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 577999689                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 467 |                                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Izabela Kraczla-Bizoń, Zbigniew Bizoń, Sandra Bizoń BISTOM S.C.                    |                         |                             |
| Adres:                                       | GLIWICE 44-100, Gwiazdy Polarnej 50                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 607311367                                                                          |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 240860410                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | PORADNIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNA NR 3                                                |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Knurów 44-194, Kapelanów Wojskowych 2D                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 607311367                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 468 |                                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Danuta Syrkiewicz-Trepiak                                                          |                         |                             |
| Adres:                                       | KATOWICE 40-887, Ułańska 5                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 327454490                                                                          |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 277497649                                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                                    |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Katowice 40-887, Ułańska 5                                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 327454490                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 469 |                                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | MACIEJÓW Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                   |                         |                             |
| Adres:                                       | Zabrze 41-804, Knurowska 16                                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 276 13 25                                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 241703261                                                                          |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | PRZYCHODNIA POZ MACIEJÓW                                           |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Zabrze 41-804, Knurowska 16                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322761325                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 470 |                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICARE Sp. z o.o.          |                         |                             |
| Adres:                                       | PIEKARY ŚLĄSKIE 41-940, Bytomska 64                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 76 75 602                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 241618740                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia POZ dla dorosłych                                         |                         | 1                           |
| Adres:                                       | PIEKARY ŚLĄSKIE 41-940, BYTOMSKA 64                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 782613629                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 471 |                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Anna Pfeifer                                                       |                         |                             |
| Adres:                                       | RYBNIK 44-200, Jankowicka 18                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 739 55 55                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 277827006                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                               |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Rybnik 44-200, Jankowicka 18                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 609994904                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 472 |                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Ośrodek Terapii Uzależnień Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                         |                             |
| Adres:                                       | Parzymiechy 42-164, Częstochowska 1                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343189154                                                          |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 241538862                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Ośrodek Terapii Uzależnień w Parzymiechach                         |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Parzymiechy 42-164, Częstochowska 1                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343189154                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                    |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 473 |                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | NZOZ Panaceum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością              |                         |                             |
| Adres:                                       | RUDA ŚLĄSKA 41-706, Solidarności 12                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322426219                                                          |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 241573367                                                          |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                     |                         | 2                           |
| Adres:                                       | RUDA ŚLĄSKA 41-706, SOLIDARNOŚCI 12                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322426219                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                    |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 474 |                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | OLK-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                        |                         |                             |
| Adres:                                       | Katowice 40-032, Henryka Dąbrowskiego 22                               |                         |                             |
| Telefon:                                     | 327101855                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 241611292                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                        |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Katowice 40-032, Dąbrowskiego 22                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322535295                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                        |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-219, Szpitalna 1                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324130520                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 475 |                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | KOBIMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                        |                         |                             |
| Adres:                                       | Kobiór 43-210, Centralna 12                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 21 88 144, 32 21 88 434                                             |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 241662645                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Gabinet zabiegowy ogólny                                               |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Kobiór 43-210, Centralna 12                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322188144                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 476 |                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Zdzisław Graca                                                         |                         |                             |
| Adres:                                       | PILICA 42-436, ARMII KRAJOWEJ 18                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 606619021                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 242459478                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia medycyny rodzinnej z gabinetem zabiegowym i punktem szczepień |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Pilica 42-436, Senatorska 3                                            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 326735032                                                              |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 477 |                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Arkadiusz Pisula                                                       |                         |                             |
| Adres:                                       | MYSŁOWICE 41-400, Janowska 19                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 502338571                                                              |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 531097149                                                              |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                        | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt szczepień                                                        |                         | 3                           |
| Adres:                                       | Mysłowice 41-400, Janowska 19                                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 3261611394                                                             |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                             |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                        |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 478 |                                                                        | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej BETANIA                          |                         |                             |

|                                                     |                                                                                                          |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 42-520, Konstytucji 58a                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 606788335                                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 242755053                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy z punktem szczepień i punktem poboru materiału do badań                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 42-520, Konstytucji 58A                                                                 |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 324310193                                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 479</b> |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PROGNOSTIC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Knurów 44-190, ks. Alojzego Koziełka 8                                                                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 236 30 10                                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 277675677                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Specjalistyczna Prognostic Sp. z o.o.                                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Knurów 44-193, Kilińskiego 4                                                                             |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 324416050                                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 480</b> |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Prywatna Przychodnia Lekarska Barbara Frysz-Domańska i Henryk Domański Spółka Jawna                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chełm Śląski 41-403, Imielińska 189                                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 22 55 879                                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 242851070                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarza Rodzinnego                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chełm Śląski 41-403, Imielińska 189                                                                      |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 604465888                                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 481</b> |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | DAGAMED Dagmara Sołtyk Spółka Jawna                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Armii Krajowej 132                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 501797322                                                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 242873137                                                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza rodzinnego                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | BIELSKO-BIAŁA 43-300, ALEJA ARMII KRAJOWEJ 132                                                           |                                | 3                                  |
| Telefon:                                            | 338231606                                                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 482</b> |                                                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "F-MED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZELADŹ 41-250, 21 Listopada 12                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 26 51 265                                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 242877112                                                                                                |                                |                                    |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                      |                                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lecznictwa Otwartego "F-MED" Sp. z o.o. Sp.k |                         | 2                           |
| Adres:                                              | Czeladź 41-250, 21 listopada 12                                                    |                         |                             |
| Telefon:                                            | 322651265                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                    |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 483</b> |                                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                              | Wioletta Drzewiecka                                                                |                         |                             |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 41-300, Gustawa Morcinka 31                                       |                         |                             |
| Telefon:                                            | 322600470                                                                          |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                                | 242746568                                                                          |                         |                             |
|                                                     |                                                                                    |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                              | Poradnia POZ (w tym dziecięca)                                                     |                         | 1                           |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 41-300, Morcinka 31                                               |                         |                             |
| Telefon:                                            | 506774144                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                    |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 484</b> |                                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                              | Jacek Rosmus, Magdalena Grabowska, Ewa Rosmus, Lekarska Praktyka PIERŚCIEC S.C     |                         |                             |
| Adres:                                              | Pierściec 43-430, Nad Potokiem 6                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                            | 48730100524                                                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                                | 242926098                                                                          |                         |                             |
|                                                     |                                                                                    |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                              | Gabinet zabiegowy                                                                  |                         | 1                           |
| Adres:                                              | Pierściec 43-430, Nad Potokiem 6                                                   |                         |                             |
| Telefon:                                            | 606345486                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                    |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 485</b> |                                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                              | NZOZ "URSZULA" Ryżycki Andrzej                                                     |                         |                             |
| Adres:                                              | Chybie 43-520, Bielska 61                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                            | 604503035                                                                          |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                                | 70525113                                                                           |                         |                             |
|                                                     |                                                                                    |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                              | NZOZ "URSZULA" Ryżycki Andrzej                                                     |                         | 1                           |
| Adres:                                              | Chybie 43-520, Bielska 61                                                          |                         |                             |
| Telefon:                                            | 600247232                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                    |                         |                             |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 486</b> |                                                                                    | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                              | Podmiot Leczniczy ŻABIŃSCY Spółka Jawna                                            |                         |                             |
| Adres:                                              | JAWORZNO 43-609, aleja marsz. Józefa Piłsudskiego 46                               |                         |                             |
| Telefon:                                            | 32 61 65 417                                                                       |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                                | 243068030                                                                          |                         |                             |
|                                                     |                                                                                    |                         |                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                    | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                              | Centrum Medycyny Rodzinnej Medicus                                                 |                         | 2                           |
| Adres:                                              | Jaworzno 43-609, Aleja marsz. Józefa Piłsudskiego 46                               |                         |                             |
| Telefon:                                            | 506757374                                                                          |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                         |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                    |                         |                             |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 487 |                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | KONIOR CLINIC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa |                         |                             |
| Adres:                                       | BIELSKO-BIAŁA 43-300, Pszenna 11                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338157900                                                                |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 243100510                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                                     |                         | 3                           |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Pszenna 11                                         |                         |                             |
| Telefon:                                     | 608560684                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                          |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 488 |                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | ZDROWI-MED CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ      |                         |                             |
| Adres:                                       | RADZIONKÓW 41-922, Jana Kuźaja 13                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 282 86 84                                                             |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 241934500                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Zdrowi - med                                                             |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Radzionków 41-922, Jana Kuźaja 13                                        |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322828684                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                          |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 489 |                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Przychodnia Medycyny Rodzinnej Małec Spółka Jawna                        |                         |                             |
| Adres:                                       | Boronów 42-283, Nowa 1a                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                     | 34 35 39 288                                                             |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 243107965                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia Medycyny Rodzinnej                                              |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Boronów 42-283, Nowa 1A                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                     | 343539288                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                          |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 490 |                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Szpital Świętego Łukasza Spółka Akcyjna                                  |                         |                             |
| Adres:                                       | BIELSKO-BIAŁA 43-309, Bystrzańska 94B                                    |                         |                             |
| Telefon:                                     | 33 81 51 113                                                             |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 243161232                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Punkt Szczepień                                                          |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-309, Bystrzańska 94B                                    |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338199525                                                                |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                               |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                          |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 491 |                                                                          | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Ośrodek dla Osób Niepełnosprawnych Miłosierdzie Boże                     |                         |                             |
| Adres:                                       | MIKOŁÓW 43-190, Gliwicka 366                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 322 53 35                                                             |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 243137570                                                                |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                          | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                                   |                         |                             |

|                                                     |                                                                          |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Mikołów Borowa Wieś 43-190, Gliwicka 366                                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 323225335                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 492</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne MED - KOZ & MEDIKO Dąbrowski Lekarska Spółka Partnerska |                                |                                    |
| Adres:                                              | KOZY 43-340, Lipowa 2                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 334446950                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243154309                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne MED - KOZ & MEDIKO                                      |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Kozy 43-340, Lipowa 2                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338173896                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 493</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | RESONICA Poletok i Wspólnicy spółka jawna                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Siemianowice Śląskie 41-100, Olimpijska 2                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327659222                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 242972661                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Zakład Diagnostyki Obrazowej                                             |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, Strzelców Bytomskich 11                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324457722                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Diagnostyki Obrazowej                                            |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Siemianowice Śląskie 41-100, Olimpijska 2                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324457722                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 494</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Poradnia Rodzinna Panaceum                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | RYBNIK 44-200, Rudzka 390                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324210083                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243207023                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Rybnik 44-200, Rudzka 390                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324210083                                                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                               |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                          |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 495</b> |                                                                          | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Szpakmed Sp. z o.o.                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-705, Szpaków 33                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 660487363                                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 242935565                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                          | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Szpak-Med Ruda 1                                                         |                                |                                    |

|                                                     |                                                   |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-700, Wincentego Janasa 9A          |                                | 3                                  |
| Telefon:                                            | 322423351                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Szpak-Med Godula                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-704, Karola Goduli 34              |                                | 3                                  |
| Telefon:                                            | 323080081                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Szpak-Med Bykowina                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-705, Szpaków 33                    |                                | 3                                  |
| Telefon:                                            | 322423351                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 496</b> |                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Mirosława Moczala                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | OCHABY MAŁE 43-430, Gołyska 1                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 505036453                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 70453804                                          |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ochaby Małe 43-430, Gołyska 1                     |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 505149425                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 497</b> |                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDI-DIAB SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-049, Tadeusza Kościuszki 16           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322517900                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243298110                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | MEDI-DIAB Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-049, Tadeusza Kościuszki 16           |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322517900                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 498</b> |                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | LUXARMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  |                                |                                    |
| Adres:                                              | TARNOWSKIE GÓRY 42-600, Adama Mickiewicza 23      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 450 07 87                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 241290735                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tarnowskie Góry 42-600, Adama Mickiewicza 23      |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 324500787                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                   |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                   |                                |                                    |

|                                                     |                                                                         |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Tarnowskie Góry 42-609, Kościelna 30                                    |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 322841116                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 499</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Pro4Med Sp. z o.o.                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, Składowa 17                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 531166475                                                               |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 241740492                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Zespół Transportu Medycznego Bytom                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-902, Jana Matejki 29 e-f                                       |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 730780796                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Zespół Transportu Medycznego Katowice                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-306, ks. dr Wiktora Siwka 3                                 |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 730780796                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-700, 1 Maja 318B                                         |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 730780796                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 500</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | SIGMA-BI Jacek Zamłyński Spółka Jawna                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | BYTOM 41-902, Leona Wyczółkowskiego 26/2                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 389 70 84                                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243387120                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet Podstawowej Opieki Zdrowotnej                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-902, Generała Niedźwiadka-Okulickiego 16                       |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 3897075                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 501</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | AGATA DOMAGAŁA                                                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | DĄBROWA GÓRNICZA 42-530, Kozubka 8                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 48323309309                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 241071453                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                         | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 42-530, Kozubka 8                                      |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 323309309                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                              |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                         |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 502</b> |                                                                         | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALMED Alfred Niewiem spółka jawna |                                |                                    |
| Adres:                                              | WODZISŁAW ŚLĄSKI 44-307, Leszka 10                                      |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                  |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                            | 502560340                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243420171                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALMED Alfred Niewiem spółka jawna          |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Wodzisław Śląski 44-307, Leszka 10                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 502560340                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 503</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MIJACZÓW" SPÓŁKA JAWNA B.JAKUBIEC-BARTNIK |                                |                                    |
| Adres:                                              | MYSZKÓW 42-300, Marszałka Piłsudskiego 33                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 31 38 704                                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243429769                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ Mijaczów Poradnia medycyny rodzinnej lekarza POZ                            |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Myszków 42-300, Piłsudskiego 33                                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343138704                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 504</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Ośrodek Zdrowia w Bojszowie. Iwona Kuźmińska-Meryk spółka jawna                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | PYSKOWICE 44-120, Henryka Dąbrowskiego 5/2/4                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 605059939                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243429858                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy z punktem szczepień                              |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Bojszów 44-160, Kościuszki 22                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322305114                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy z punktem szczepień                              |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Kotulin 44-180, Świńska 17                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322305114                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 505</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | VITA-MED Bula i Wspólnicy Spółka jawna                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-409, Orła Białego 29                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322251657                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243438142                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | VITA-MED Bula i Wspólnicy Spółka Jawna Przychodnia Lekarska                      |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | MYSŁOWICE 41-409, ORŁA BIAŁEGO 29                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322251657                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                  |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 506 |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | Centrum Zdrowia Medikard Dariusz Puszczewicz i Edmund Puszczewicz Spółka Jawna                      |                         |                             |
| Adres:                                       | CZELADŹ 41-250, Grodziecka 52                                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322650045                                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 243438343                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia lekarza POZ                                                                                |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Czeladź 41-250, Grodziecka 52                                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 322650045                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 507 |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Szyda Paweł Spółka Jawna |                         |                             |
| Adres:                                       | KŁOBUCK 42-100, 11 Listopada 5a                                                                     |                         |                             |
| Telefon:                                     | 503151564                                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 243455353                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia Diabetologiczna                                                                            |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Kłobuck 42-100, 11 listopada 5a                                                                     |                         |                             |
| Telefon:                                     | 503151564                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 508 |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medica 2000 Sp. z o.o.                                        |                         |                             |
| Adres:                                       | ŻYWIEC 34-300, Aleja Piłsudskiego 76                                                                |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338610386                                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 243443930                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | NZOZ MEDICA 2000                                                                                    |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Żywiec 34-300, al. Piłsudskiego 76                                                                  |                         |                             |
| Telefon:                                     | 338610386                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 509 |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | CONFINIUM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                   |                         |                             |
| Adres:                                       | PSZCZYNA 43-211, Katowicka 23                                                                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 32 44 84 428                                                                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 241524073                                                                                           |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                     | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Ośrodek Zdrowia Ćwiklice                                                                            |                         | 3                           |
| Adres:                                       | Ćwiklice 43-229, Męczenników Oświęcimskich 45A                                                      |                         |                             |
| Telefon:                                     | 324477755                                                                                           |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                          |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                     |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 510 |                                                                                                     | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | Sanmed Saniewska Spółka Jawna                                                                       |                         |                             |
| Adres:                                       | KATOWICE 40-360, Ludwika Zamenhofa 18/8                                                             |                         |                             |
| Telefon:                                     | 696447901                                                                                           |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 243471091                                                                                           |                         |                             |

| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Nazwa:                                       | PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO<br>SANMED SANIEWSKA                                                           |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Sosnowiec 41-200, Bolesława<br>Krzywoustego 1                                                             |                         |                                |
| Telefon:                                     | 510071124                                                                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                           |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 511 |                                                                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>"VITA" T.Janota, B.Noga-Piecuch Spółka<br>Jawna                  |                         |                                |
| Adres:                                       | PIETRZYKOWICE 34-326, Jana Pawła II<br>100                                                                |                         |                                |
| Telefon:                                     | 604091337                                                                                                 |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 243492130                                                                                                 |                         |                                |
|                                              |                                                                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "VITA" T. JANOTA, B.<br>NOGA-PIECUCH SPÓŁKA JAWNA                |                         | 1                              |
| Adres:                                       | KAMESZNICA 34-383, Ziółowa 178                                                                            |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338624850                                                                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI<br>ZDROWOTNEJ "VITA" T. JANOTA, B.<br>NOGA-PIECUCH SPÓŁKA JAWNA                |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Pietrzykowice 34-326, Jana Pawła II 100                                                                   |                         |                                |
| Telefon:                                     | 338632206                                                                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                           |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 512 |                                                                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej<br>Poradnia Lekarza Rodzinnego Barbara<br>Adamus-Sibik spółka Jawna |                         |                                |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-300, Pieczarkowa 5                                                                       |                         |                                |
| Telefon:                                     | 602583793                                                                                                 |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 243474451                                                                                                 |                         |                                |
|                                              |                                                                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Poradnia Lekarza Rodzinnego                                                                               |                         | 2                              |
| Adres:                                       | Bielsko-Biała 43-316, Armii Krajowej 101                                                                  |                         |                                |
| Telefon:                                     | 602583793                                                                                                 |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                           |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 513 |                                                                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |
| Nazwa:                                       | Marcjan Latos                                                                                             |                         |                                |
| Adres:                                       | SIEMONIA 42-595, Kościuszki 49                                                                            |                         |                                |
| Telefon:                                     | 602293955                                                                                                 |                         |                                |
| Identyfikator REGON:                         | 273936951                                                                                                 |                         |                                |
|                                              |                                                                                                           |                         |                                |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                                                                           | szczenie<br>personelu * | liczba zespołów (w<br>miejscu) |
| Nazwa:                                       | Ośrodek Zdrowia w Siemoni                                                                                 |                         | 1                              |
| Adres:                                       | Siemonia 42-595, Kościuszki 49                                                                            |                         |                                |
| Telefon:                                     | 32 287 85 45                                                                                              |                         |                                |
| Data dodania do wykazu:                      | 30.12.2020                                                                                                |                         |                                |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                                                                           |                         |                                |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 514 |                                                                                                           | szczenie<br>personelu   | szczenie populacyjne           |

|                                                     |                                                                                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BI-MED", Apteka "LEŚNA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | TARNOWSKIE GÓRY 42-600, Adama Mickiewicza 8                                                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322858080                                                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 364270750                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ dla dorosłych                                                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tarnowskie Góry 42-600, Mickiewicza 8                                                                                      |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322858080                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 515</b> |                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ELA MED CLINIC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowaKOMANDYTOWA |                                |                                    |
| Adres:                                              | GORZYCE 44-350, Raciborska 48a                                                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 604425327                                                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243551163                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet szczepień i profilaktyki dzieci                                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Czyżowice 44-352, Dworcowa 12                                                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324513322                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Gabinet szczepień i profilaktyki dzieci                                                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Gorzyce 44-350, Raciborska 48                                                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324514171                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 516</b> |                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | kardio.CLINIC Poradnie Specjalistyczne                                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | DĄBROWA GÓRNICZA 41-300, Skibińskiego 1                                                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 664466005                                                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243531380                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | kardio.CLINIC Poradnie Specjalistyczne                                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 41-300, Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1                                                                  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 664466005                                                                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 517</b> |                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Śląski Park Technologii Medycznych KARDIO-MED SILESIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | ZABRZE 41-800, Marii Curie-Skłodowskiej 10 C                                                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 791890330                                                                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 242742607                                                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | ŚLĄSKI PARK TECHNOLOGII MEDYCZNYCH KARDIO-MED SILESIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                              |                                |                                    |
|                                                     |                                                                                                                            |                                | 4                                  |

|                                                     |                                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Marii Curie - Skłodowskiej 10c                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327050306                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 518</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | NEUCA MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Toruń 87-100, Forteczna 35-37                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 723995173, 514773048, 669492155                                            |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 341477181                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Przyjazna Katowice                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-467, Przyjazna 8                                               |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 516144858                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Eskulap Tychy                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | TYCHY 43-100, CZARNIECKIEGO 6                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 327803800                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Helpmed Tychy                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | TYCHY 43-100, LENCEWICZA 46                                                |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322170442                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Helpmed Tychy - Filia Towarowa                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | TYCHY 43-100, TOWAROWA 1                                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 327802042                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 519</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ANIMED Anna Lebek-Ordon Spółka Jawna |                                |                                    |
| Adres:                                              | TARNOWSKIE GÓRY 42-600, Marszałka Józefa Piłsudskiego 9A                   |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32-285-57-61 , 32-793-43-22                                                |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243576950                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tarnowskie Góry 42-600, Piłsudskiego 9a                                    |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322855761                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 520</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | RW MEDICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Wolności 183                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 608464388                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 360515484                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                 |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | RW MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Wolności 183                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324004059                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 521</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | WARSZAWA 02-673, Konstruktorska 13                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 225824541                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 143343166                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej                        |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Katowice 40-098, Młyńska 23                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 605073753                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 522</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | GLAMED E.Głębok J.Głębok Spółka jawna                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jaworzno 43-600, Na Stoku 10                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32/7218721                                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 361329140                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | GABINET LEKARZA RODZINNEGO                                                      |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Jaworzno 43-600, Na Stoku 10                                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 327218721                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 523</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Ośrodek SYMETRIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | PSZCZYNA 43-200, Partyzantów 21                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324474705                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 361577760                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Pszczyzna 43-200, Partyzantów 21                                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324474705                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 524</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Twoje Zdrowie S.A.                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-168, Francuska 98A/42                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 516125528                                                                       |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 362471638                                                                       |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                 | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnie Twoje Zdrowie - Katowice                                               |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Katowice 40-570, Ligocka 3a                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 696183737                                                                       |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                      |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 525</b> |                                                                                 | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne CZTERY PORY ROKU Katarzyna Kózka, Urszula Wyrobek Spółka Jawna |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Władysława Broniewskiego 39                               |                                |                                    |

|                                                     |                                                                |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                            | 334432230                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 363678152                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne Cztery Pory Roku                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Władysława Broniewskiego 39              |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 334432230                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 526</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDEA Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | MAZAŃCOWICE 43-391, 1045                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 601508571                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 363065403                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Szczepień Poradnia Lekarza Rodzinnego                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mazańcowice 43-391, 1045 1045                                  |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 535550105, 731450105, 531550105                                |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 527</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Lekarska "PULS" Barbara Wojnar Spółka Jawna        |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZĘSTOCHOWA 42-209, Konarskiego 6                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 36 43 571; 34 36 43 572                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 364005700                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | CZESTOCHOWA 42-209, KS.S.KONARSKIEGO 6                         |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 343643571                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 528</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PAW-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                |                                |                                    |
| Adres:                                              | KONIECPOL 42-230, Zamkowa 1                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 502084867                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 241834572                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ PAW-MED                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Konieczpol 42-230, Zamkowa 1                                   |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 502084867                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 529</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PRO-FAMILIA-MED Agata Smoliło Ryszard Maciejowski Spółka Jawna |                                |                                    |
| Adres:                                              | JAWORZNO 43-602, Jaworznicka 35                                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 48326162237                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 364749820                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia podstawowej opieki zdrowotnej                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Jaworzno 43-602, Jaworznicka 35                                |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 326162237                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                     |                                |                                    |

|                                                     |                                                               |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 530</b> |                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Dawid Serafin                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | GLIWICE 44-100, Ignacego Daszyńskiego 34/2                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 501958481                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 241772196                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | SERAFIN CLINIC SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE DAWID SERAFIN |                                | 3                                  |
| Adres:                                              | Gliwice 44-100, Daszyńskiego 34/2                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 690807090                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 531</b> |                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Poradnia Rodzinna "NASZA-PORADNIA" Sp. z o.o.                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Paniówki 44-177, Zabrska 12B                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324400715                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 365660328                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia Rodzinna                                             |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Paniówki 44-177, Zabrska 12B                                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324400715                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                               |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Moja Poradnia                                                 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Zabrze 41-800, Tarnopolska 77                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 603893040                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 532</b> |                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Jacek Łukasik                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | LUBOJNA 42-233, Częstochowska 27                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 502322199                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 151516790                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia Lekarza POZ                                          |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Lubojna 42-233, Częstochowska 27                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343289604                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                    |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                               |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 533</b> |                                                               | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE GABOS Sp. z o.o.                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | PIEKARY ŚLĄSKIE 41-945, Inwalidów Wojennych 79                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323903600                                                     |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240188650                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                               | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne GABOS PORADNIE SPECJALISTYCZNE               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Piekary Śląskie 41-945, Inwalidów Wojennych 79                |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323903600                                                     |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                    |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                  |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 534</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | DIOMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-400, Fryderyka Chopina 26                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 508910751                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 365910972                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ dla dorosłych                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Mysłowice 41-400, Fryderyka Chopina 26                                           |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 508910751                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 535</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Salus Ustroń Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ustroń 43-450, Pod Skarpą 6                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 502173253                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 365704706                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                  |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | USTROŃ 43-450, POD SKARPĄ 6                                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 507081323                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 536</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Krzysztof Pucek, Adam Podsiadło, Michał Mikoda - JURA RESCUE TEAM spółka cywilna |                                |                                    |
| Adres:                                              | Zawiercie 42-400, Władysława Jagiełły 10                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 513130787                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 366530941                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Transport medyczny                                                               |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Zawiercie 42-400, Miodowa 14                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 513130787                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 537</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Krzysztof Jupowicz                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE 41-100, św. Barbary 23                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322289530                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 242764365                                                                        |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                  | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne PLUS                                                            |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Siemianowice Śląskie 41-100, Św. Barbary 23                                      |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322289530                                                                        |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                       |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                  |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 538</b> |                                                                                  | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MARIACOR Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Orzesze 43-180, Mikołowska 210                                                   |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                           |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Telefon:                                            | 322215628                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 369679655                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | ORZESZE 43-180, MIKOŁOWSKA 210                                                            |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322215628                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 539</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | KARDIO.CLINIC&TE-VITA EWA HORZELSKA SPÓŁKA JAWNA                                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | RADZIONKÓW 41-922, Szymały 1A                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 790404455                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 367871236                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE KARDIO.CLINIC & TE-VITA                                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Radzionków 41-922, Szymały 1A                                                             |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 790404455                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 540</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Przedsiębiorczości CP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wola 43-225, Kopalniana 6                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322148300                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 276581253                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia kardiologiczna                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | Pszczyna 43-200, Antesa 11                                                                |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 607360653                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 541</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Grzegorz Guc                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-203, Aleja Walentego Roździeńskiego 90/IX                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 887029772; 322588177                                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 272354862                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna Ette                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-203, Aleja Walentego Roździeńskiego 90                                        |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 887029772                                                                                 |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                           |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 542</b> |                                                                                           | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICO" Praktyka Lekarzy Rodzinnych i Specjalistów |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tychy 43-100, Narcyzów 24                                                                 |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 322198300                                                                                 |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 366667083                                                                                 |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                           | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |

|                                                     |                                                                                                                                   |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICO" PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH I SPECJALISTÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Tychy 43-100, Narcyzów 24                                                                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 510090048                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 543</b> |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna Plutowie Tomasz Pluta Spółka Jawna                                                                           |                                |                                    |
| Adres:                                              | WODZISŁAW ŚLĄSKI 44-300, Wolności 80                                                                                              |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324553993                                                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 381908974                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Rodzinna Plutowie                                                                                                     |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wodzisław Śląski 44-300, Wolności 80                                                                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324563993                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 544</b> |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Silesia Medical Care Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                                                                      |                                |                                    |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-044, Marcina Szeligiewicza 20/-                                                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | (32) 251 25 99                                                                                                                    |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 382517342                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | SANA MEDICAL CARE                                                                                                                 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-044, Marcina Szeligiewicza 20                                                                                         |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 322512599                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 545</b> |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | CMG4 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA                                                                   |                                |                                    |
| Adres:                                              | WODZISŁAW ŚLĄSKI 44-300, Radlińska 68                                                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 324591000                                                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 383459173                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medyczne Medhouse                                                                                                         |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wodzisław Śląski 44-300, Radlińska 68                                                                                             |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 324591010                                                                                                                         |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                                                                        |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                                   |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 546</b> |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | GYNCENTRUM SP. Z O.O.                                                                                                             |                                |                                    |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-851, Żelazna 1                                                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 608763854                                                                                                                         |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 383762894                                                                                                                         |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                                   | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                                                                                   |                                |                                    |

|                                                     |                                                                            |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Jana Sobieskiego 89                                  |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 32 506 50 86                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-218, Ignacego Kozińskiego 9                                 |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 32 506 50 86                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | PUNKT SZCZEPIEŃ                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-600, Tadeusza Kościuszki 229                                   |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 32 506 50 86                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-851, Żelazna 1                                                 |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 32 506 50 86                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | NZOZ GynCentrum - Oddział Sosnowiec                                        |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-208, Wojska Polskiego 8A                                      |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 32 506 50 86                                                               |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 547</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | AKA-MED CENTRUM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa |                                |                                    |
| Adres:                                              | RUDA ŚLĄSKA 41-710, 1 Maja 323                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 606950078                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 383611876                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Poradnia lekarza POZ                                                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-710, 1 Maja 323                                             |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 327069736                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 30.12.2020                                                                 |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                            |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 548</b> |                                                                            | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDICOVER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                          |                                |                                    |
| Adres:                                              | Warszawa 00-807, Aleje Jerozolimskie 96                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 225927000                                                                  |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 012396508                                                                  |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                            | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Karpacza 24                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 500900500                                                                  |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                 |                                |                                    |

|                                                     |                                                                |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Gliwice 44-100, Gruszczyńskiego 2/4                            |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 500900300                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-018, Graniczna 54                                  |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 500900500                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-101, Chorzowska 50                                 |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 500900500                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-851, Żelazna 4                                     |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 500900500                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 549</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA                       |                                |                                    |
| Adres:                                              | Warszawa 00-195, Zygmunta Słomińskiego 19/524                  |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 222307007                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 140802685                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Szczepień                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-101, Chorzowska 152                                |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 224340909                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 550</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Tomasz Underman                                                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bytom 41-902, Strażacka 8/5                                    |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 25 70 035                                                   |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240893182                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ANDROMED Tomasz Underman |                                |                                    |
| Adres:                                              | KATOWICE 40-032, Dąbrowskiego 19                               |                                | 2                                  |
| Telefon:                                            | 606596416                                                      |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                     |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 551</b> |                                                                | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | VIA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Komorowicka 79A                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 338135853                                                      |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240903472                                                      |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia w Bielsku - Białej                                 |                                |                                    |

|                                                     |                                                                                     |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Komorowicka 79 A                                              |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 338132458                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Przychodnia w Tychach                                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Tychy 43-100, Turyńska 100                                                          |                                | 1                                  |
| Telefon:                                            | 322179463                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 552</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCyny SPECJALISTYCZNEJ ON CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                |                                    |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, Kazimierza Wielkiego 10                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 536460185 32 34 60 185                                                              |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 242853092                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | CENTRUM MEDYCyny SPECJALISTYCZNEJ ON CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                                | 2                                  |
| Adres:                                              | Chorzów 41-500, Kazimierza Wielkiego 10                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 601474485                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 553</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | LENSCLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                  |                                |                                    |
| Adres:                                              | Rybnik 44-203, Wyzwolenia 79B                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 32 43 28 700                                                                        |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 242799607                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | LENSCLINIC 2                                                                        |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Rybnik 44-203, Mikołowska 47                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 668134346                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 554</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Centrum Medycyny i Stomatologii Silesia Med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                |                                    |
| Adres:                                              | Katowice 40-085, Adama Mickiewicza 29                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 500-565-545, 32 20 72 052                                                           |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243514334                                                                           |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                     | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Centrum Medycyny i Stomatologii Silesia Med spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Katowice 40-085, Adama Mickiewicza 29                                               |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 500565545                                                                           |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                          |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                     |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 555</b> |                                                                                     | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |

|                                                     |                                                                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Nazwa:                                              | NORTH MEDICAL HOLDING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NASZA GRUPA MEDYCZNA SPÓŁKA KOMANDYTOWA |                                |                                    |
| Adres:                                              | Wrocław 50-456, Dworcowa 11b                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 693424008                                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 382992698                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Nasz Gabinet Katowice                                                                                 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Katowice 40-145, Józefowska 76                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 508777223                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 556</b> |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | INSIEME CENTRUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 41-300, Wyspiańskiego 22                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 536548548                                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 362086202                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt szczepień                                                                                       |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Dąbrowa Górnicza 41-300, Wyspiańskiego 22                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 536548548                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 557</b> |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | MEDICS SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                |                                |                                    |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-200, Stanisława Moniuszki 19                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323075857                                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 243629876                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Ambulatorium                                                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Sosnowiec 41-200, Stanisława Moniuszki 19                                                             |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 323075857                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 558</b> |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | HUMAN CENTER Bury Tomasz INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA SPECJALISTYCZNA                               |                                |                                    |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-310, Rolna 4a                                                                        |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 607100108                                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 240307959                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | HUMAN CENTER BURY TOMASZ Centrum Med. Specj.                                                          |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-310, Cicha 2                                                                         |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 530800757                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                       |                                |                                    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 559 |                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nazwa:                                       | ALIMED CENTRUM MEDYCZNE ALINA ZAKRZEWSKA         |                         |                             |
| Adres:                                       | Mikołów 43-190, Bernarda Krawczyka 1/1           |                         |                             |
| Telefon:                                     | 602502366                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 272424918                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | ALIMED CENTRUM MEDYCZNE                          |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Mikołów 43-190, Krawczyka 1                      |                         |                             |
| Telefon:                                     | 519899808                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 31.12.2020                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 560 |                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | GREMEDIG SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-215, Leonida Teligi 21            |                         |                             |
| Telefon:                                     | 575112999                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 364835790                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | GREMEDIG SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-218, Chłopickiego 16              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 575112999                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 31.12.2020                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                  |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 2               |                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Medyczna Pomoc Doraźna                           |                         | 2                           |
| Adres:                                       | Częstochowa 42-218, Chłopickiego 16              |                         |                             |
| Telefon:                                     | 575112999                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 31.12.2020                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   | 07.01.2021                                       |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 561 |                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | BemaMed Bartłomiej Kaliniak                      |                         |                             |
| Adres:                                       | Racibórz 47-400, Generała Józefa Bema 4          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 500640206                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 276821912                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | BemaMed1                                         |                         | 3                           |
| Adres:                                       | Racibórz 47-400, Bema 4                          |                         |                             |
| Telefon:                                     | 501322210                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 31.12.2020                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 562 |                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | KLINIKA MAGNUCCY SPÓŁKA JAWNA                    |                         |                             |
| Adres:                                       | Katowice 40-097, 3 Maja 34                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 601381888                                        |                         |                             |
| Identyfikator REGON:                         | 366717332                                        |                         |                             |
| Miejsce udzielania świadczeń 1               |                                                  | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
| Nazwa:                                       | Klinika Magnuccy Medycyna i Estetyka             |                         | 1                           |
| Adres:                                       | Katowice 40-097, 3 Maja 34                       |                         |                             |
| Telefon:                                     | 501354124                                        |                         |                             |
| Data dodania do wykazu:                      | 31.12.2020                                       |                         |                             |
| Data wykreślenia z wykazu:                   |                                                  |                         |                             |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 563 |                                                  | szczepienie personelu   | szczepienie populacyjne     |
| Nazwa:                                       | CRK DENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |                         |                             |

|                                                     |                                                                                                                       |                                |                                    |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Adres:                                              | Bielsko-Biała 43-300, Franciszka Kamińskiego 19                                                                       |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 607830233                                                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 385792801                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | CRK DENT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                                      |                                | 4                                  |
| Adres:                                              | Tarnowskie Góry 42-600, Opolska 1                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 662499713                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 564</b> |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PROVISUS BADANIA KLINICZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                                    |                                |                                    |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-209, Rędzińska 112                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 508100506                                                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 385937547                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | PROVISUS - Oddział Chirurgii Jednego Dnia                                                                             |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Częstochowa 42-209, Rędzińska 112                                                                                     |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 602575555                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 31.12.2020                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 565</b> |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | P.P.H.U. Małgorzata Olszewska, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Łojki                            |                                |                                    |
| Adres:                                              | Łojki 42-290, ul. Długa 50                                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 34 32 71 043                                                                                                          |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 150114339                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia                                                                 |                                | 1                                  |
| Adres:                                              | Łojki 42-290, ul. Długa 50                                                                                            |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 343271043                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 07.01.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 566</b> |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | PRZYCHODNIA KALETAŃSKA PIOTR KWIATKOWSKI                                                                              |                                |                                    |
| Adres:                                              | Kalety 42-660, ul. 1 Maja 22                                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 726088804                                                                                                             |                                |                                    |
| Identyfikator REGON:                                | 385286446                                                                                                             |                                |                                    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu *</b> | <b>liczba zespołów (w miejscu)</b> |
| Nazwa:                                              | Punkt Szczepień Przychodnia Kaletańska                                                                                |                                | 3                                  |
| Adres:                                              | Kalety 42-660, ul. 1 Maja 22                                                                                          |                                |                                    |
| Telefon:                                            | 880156758                                                                                                             |                                |                                    |
| Data dodania do wykazu:                             | 07.01.2021                                                                                                            |                                |                                    |
| Data wykreślenia z wykazu:                          |                                                                                                                       |                                |                                    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 567</b> |                                                                                                                       | <b>szczepienie personelu</b>   | <b>szczepienie populacyjne</b>     |
| Nazwa:                                              | Przychodnia Rejonowa Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rudzie Śląskiej z siedzibą przy ul. Siekiela 13 |                                |                                    |
| Adres:                                              | Ruda Śląska 41-705, ul. Ryszarda Siekiela 13                                                                          |                                |                                    |

|                                       |                                              |  |          |
|---------------------------------------|----------------------------------------------|--|----------|
| Telefon:                              | 32 24 09 095                                 |  |          |
| Identyfikator REGON:                  | 276260230                                    |  |          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b> |                                              |  |          |
| Nazwa:                                | Poradnia lekarza POZ                         |  |          |
| Adres:                                | Ruda Śląska 41-705, ul. Ryszarda Siekiela 13 |  | <b>2</b> |
| Telefon:                              | 32 240 90 95                                 |  |          |
| Data dodania do wykazu:               | 07.01.2021                                   |  |          |
| Data wykreślenia z wykazu:            |                                              |  |          |

\* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL))