



# DZIENNIK URZĘDOWY

## WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO

Rzeszów, dnia piątek, 13 marca 2020 r.

Poz. 1429

### OBWIESZCZENIE WOJEWODY PODKARPACKIEGO

z dnia 13 marca 2020 r.

**o ogłoszeniu w wojewódzkim dzienniku urzędowym w drodze obwieszczenia wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 374) obwieszcza się wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19:

#### **Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

|                                                   |                                               |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                                                   |                                               |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |                                               |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĘBICY             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |
| telefon/ telefony:                                | 14 67 03 621                                  |
| identyfikator REGON                               | 851643503                                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                               |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i Chorób Wątroby |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 384                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                               |
| nazwa:                                            | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 312                                  |
|                                                   |                                               |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |                                               |
| nazwa:                                            | CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr      | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70                |

|                                                   |                                                                                      |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| domu                                              |                                                                                      |
| telefon/ telefony:                                | 16 62 15 421                                                                         |
| identyfikator REGON                               | 000304496                                                                            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                      |
| nazwa:                                            | Oddział obserwacyjno-zakaźny z Pododdziałem Hepatologicznym i Ośrodkiem Leczenia WZW |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70                                                       |
| telefon/ telefony                                 | 16 624 51 19, 16 624 51 42                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                      |
| nazwa:                                            | Oddział intensywnej terapii i anestezjologii                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70                                                       |
| telefon/ telefony                                 | 16 62 15 421                                                                         |
|                                                   |                                                                                      |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> |                                                                                      |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny w Jasle                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                                                         |
| telefon/ telefony:                                | 13 44 37 503                                                                         |
| identyfikator REGON                               | 370444486                                                                            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                      |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i WZW                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                                                         |
| telefon/ telefony                                 | 13 44 37 544, 13 44 37 529                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                      |
| nazwa:                                            | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                                                         |
| telefon/ telefony                                 | 13 44 37 660, 13 44 37 625                                                           |
|                                                   |                                                                                      |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4</b> |                                                                                      |
| nazwa:                                            | "CENTRUM MEDYCZNE W ŁAŃCUCIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                                          |
| telefon/ telefony:                                | 17 22 40 100                                                                         |
| identyfikator REGON                               | 180405906                                                                            |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                      |
| nazwa:                                            | Szpital Św. Michała Archaniola                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                                          |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 00                                                                         |

|                                                   |                                                           |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                           |
| nazwa:                                            | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5               |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 02 35                                              |
|                                                   |                                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> |                                                           |
| nazwa:                                            | SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. EDMUNDA BIERNACKIEGO W MIELCU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |
| telefon/ telefony:                                | 17 78 00 100                                              |
| identyfikator REGON                               | 000308637                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                           |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i Chorób Wątroby             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |
| telefon/ telefony                                 | 17 78 00 391, 17 78 00 390                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                           |
| nazwa:                                            | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |
| telefon/ telefony                                 | 17 78 00 243, 1778 00 244                                 |
|                                                   |                                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> |                                                           |
| nazwa:                                            | WOJEWÓDZKI SZPITAL IM. ŚW. OJCA PIO W PRZEMYŚLU           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18                     |
| telefon/ telefony:                                | 16 67 75 000                                              |
| identyfikator REGON                               | 000314684                                                 |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                           |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Stefana Rogozińskiego 30             |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 06 107                                              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                           |
| nazwa:                                            | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18                     |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 196, 16 67 75 143                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |                                                           |
| nazwa:                                            | Pododdział Kardiologii Inwazyjnej                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18                     |

|                                                   |                                                                                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 252, 16 67 75 203                                                                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |                                                                                                    |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku                                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                                                                     |
| telefon/ telefony:                                | 13 46 56 100                                                                                       |
| identyfikator REGON                               | 370444345                                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                                                                                    |
| nazwa:                                            | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny                                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                                                                     |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 56 147, 13 46 56 245, 13 46 56 246                                                           |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |                                                                                                    |
| nazwa:                                            | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                                                                     |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 56 150, 13 46 56 250                                                                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |                                                                                                    |
| nazwa:                                            | SAMODZIELNE PUBLICZNE POGOTOWIE RATUNKOWE W KROŚNIE                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Grodzka 45                                                                      |
| telefon/ telefony:                                | 13 43 20 222                                                                                       |
| identyfikator REGON                               | 370441499                                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                                                                    |
| nazwa:                                            | Zespół transportu sanitarnego                                                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Grodzka 45                                                                      |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 20 222                                                                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |                                                                                                    |
| nazwa:                                            | POWIATOWA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD W MIELCU                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                                                                  |
| telefon/ telefony:                                | 17 78 00 552                                                                                       |
| identyfikator REGON                               | 831364262                                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                                                                    |
| nazwa:                                            | Zespół Transportu medycznego- świadczenia zdrowotne udzielane w specjalistycznym środku transportu |

|                                                    |                                                                                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                                                                  |
| telefon/ telefony                                  | 17 77 36 300                                                                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |                                                                                                    |
| nazwa:                                             | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W PRZEMYŚLU SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-700 Przemyśl, ul. Juliusza Słowackiego 85                                                       |
| telefon/ telefony:                                 | 784 403 454                                                                                        |
| identyfikator REGON                                | 369600814                                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                    |
| nazwa:                                             | Zespół Transportu Medycznego                                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-700 Przemyśl, ul. Juliusza Słowackiego 85                                                       |
| telefon/ telefony                                  | 531 111 957, 533 644 489                                                                           |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |                                                                                                    |
| nazwa:                                             | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W RZESZOWIE                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4                                                |
| telefon/ telefony:                                 | 17 85 26 253                                                                                       |
| identyfikator REGON                                | 690271233                                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                    |
| nazwa:                                             | Transport Sanitarny                                                                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4                                                |
| telefon/ telefony                                  | 17 86 00 500                                                                                       |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> |                                                                                                    |
| nazwa:                                             | BIESZCZADZKIE POGOTOWIE RATUNKOWE SPZOZ W SANOKU                                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-500 Sanok, ul. Jezierskiego 21                                                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 13 46 28 460                                                                                       |
| identyfikator REGON                                | 380372046                                                                                          |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                    |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO                                                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-500 Sanok, ul. Jezierskiego 21                                                                  |

|                                                                                        |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| telefon/ telefony                                                                      | 13 46 28 460                                                             |
|                                                                                        |                                                                          |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą<br/>13</b>                                 |                                                                          |
| nazwa:                                                                                 | KLINICZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI NR 2 IM.<br>ŚW.JADWIGI KRÓLOWEJ W RZESZOWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                      |                                                                          |
| telefon/ telefony:                                                                     | 17 86 64 000                                                             |
| identyfikator REGON                                                                    | 690697529                                                                |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                                                  |                                                                          |
| nazwa:                                                                                 | Pododdział intensywnej terapii i anestezjologii dla dzieci i noworodków  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                      | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60                                           |
| telefon/ telefony                                                                      | 17 86 64 860                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                                                  |                                                                          |
| nazwa:                                                                                 | Klinika Intensywnej Terapii i Anestezjologii z Ośrodkiem Ostreż Zatruc   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                      | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60                                           |
| telefon/ telefony                                                                      | 17 86 64 860                                                             |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                                                  |                                                                          |
| nazwa:                                                                                 | Klinika Alergologii i Mukowiscydozy                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu                                      | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60                                           |
| telefon/ telefony                                                                      | 17 86 64 860                                                             |
|                                                                                        |                                                                          |
| * w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu |                                                                          |

**WOJEWODA PODKARPACKI****Ewa Leniart**