nazwa rodzaju świadczeń	**PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA**

nazwa świadczeniodawcy	miejscowość świadczeniodawcy	miejsce udzielania świadczeń (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer budynku/numer lokalu)	nazwa zakresu świadczeń	data zawieszenia działalności od (RRRR-MM-DD)	data zawieszenia działalności do (RRRR-MM-DD)
PRZYCHODNIA LEKARSKA HELENA KNAP-CZECHOWSKA	MŁYNKOWO	64-710 POŁAJEWO, ŁĄKOWA 1	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	2020-03-17	DO ODWOŁANIA
			ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ	2020-03-17	DO ODWOŁANIA
NIEPUBLICZNY ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO POFAM	POZNAŃ-WILDA	60-573 POZNAŃ-JEŻYCE, LINDEGO 6	ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ	2020-03-30	DO ODWOŁANIA
INDYWIDUALNA PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA BARBARA BŁASZAK	ŚRODA WIELKOPOLSKA	63-000 ŚRODA WIELKOPOLSKA, LIPOWA 9	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ	2020-06-16	2020-06-23