

Final Certificate for COVID-19 Vaccination

Beneficiary Details

Beneficiary Name / ਲਾਬਪਾਤਰੀ ਦਾ ਨਾਮ

Age / ਉਮਰ

Gender / ਲਿੰਗ

ID Verified / ਸਨਾਖਤ ਦੀ ਕਿਸਮ

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID

Vaccination Details

Vaccine Name / ਟੀਕਾ ਦਾ ਨਾਮ

Date of 1st Dose / ਪਹਿਲੀ ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਮਿਤੀ

Date of 2^{nd} Dose / ਦੂਜੀ ਖੁਰਾਕ ਦੀ ਮਿਤੀ

Vaccinated by / ਟੀਕਾਕਰਮੀ

Vaccination at / ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀ ਜਗ੍ਹਾ



"ਦਵਾਈ ਵੀ ਅਤੇ ਕੜਾਈ ਵੀ। Together, India will defeat COVID-19"

- ਪ੍ਰਧਾਨ ਮੰਤਰੀ ਨਰੇਂਦਰ ਮੋਦੀ

In case of any adverse events, kindly contact the nearest Public Health Center/ Healthcare Worker/District Immunization Officer/State **Helpline No. 1075**

ਕਿਸੇ ਵੀ ਆਪਾਤਕਾਲੀਨ ਸਥਿਤੀ ਵਿਚ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੇੜੇ ਦੇ ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ ਸੈਂਟਰ / ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਵਰਕਰ (ਸਿਹਤ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਰਮੀ) / ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਟੀਕਾਕਰਨ ਅਧਿਕਾਰੀ / ਸਟੇਟ ਹੈਲਪ ਲਾਈਨ ਨੰਬਰ 1075



