



**Ministry of Health & Family Welfare  
Government of India**

## Final Certificate for COVID-19 Vaccination

### Beneficiary Details

Beneficiary Name / लाभार्थी का नाम

**Rubal TholiA**

Age / उम्र

**26**

Gender / लिंग

**Male**

ID Verified / पहचान पत्र सत्यापित

**Aadhaar # XXXXXXXX4035**

Unique Health ID (UHID)

**65-8080-6257-1029**

Beneficiary Reference ID

**60182519821910**

### Vaccination Details

Vaccine Name / वैक्सीन का नाम

**COVAXIN**

Date of Dose / खुराक की तारीख

**14 Jun 2021 (Batch no. 37H21003A)**

Vaccinated by / टीका लगाने वाले का नाम

**Sunita**

Vaccination at / टीकाकरण का स्थान

**Fortis Hospital CVC 1, Jaipur II,**

**Rajasthan**



“द्वाई भी और कड़ाई भी।  
Together, India will defeat  
COVID-19”

- प्रधानमंत्री नरेंद्र मोदी

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

टीकाकरण पश्चात किसी प्रतिकूल घटना के होने पर नजदीकी स्वास्थ्य केंद्र/स्वास्थ्य कर्मी/जिला टीकाकरण  
अधिकारी/राज्य हेल्प लाइन 1075 पर सम्पर्क करें

