

Final Certificate for COVID-19 Vaccination

Beneficiary Details

Beneficiary Name / लाभार्थी का नाम **Tarun Kumar Sahu**

Age / उम्र **29**

Gender / लिंग **Male**

ID Verified / पहचान पत्र सत्यापित Aadhaar # XXXXXXXX0035

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID 7109282685268

Vaccination Details

Vaccine Name / वैक्सीन का नाम COVISHIELD

Date of 1st Dose / पहली खुराक की तारीख **14 Jun 2021 (Batch no. 4121MC065)**

Date of 2nd Dose / दूसरी खुराक की तारीख **11 Sep 2021 (Batch no. 4121MC065)**

Vaccinated by / टीका लगाने वाले का नाम **MANISH SINHA**

Vaccination at / टीकाकरण का स्थान Degree Girls College RPR, Raipur,

Chhattisgarh



"दवाई 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 नज़दीकी स्वास्थ्य केंद्र/स्वास्थ्य कर्मी/जिला टीकाकरण अधिकारी/राज्य हेल्प लाइन १०७५ पर सम्पर्क करें





