

## Provisional Certificate for COVID-19 Vaccination - 1st Dose

## **Beneficiary Details**

Beneficiary Name / लाभार्थी का नाम Sonal Singhai

Age / उम्र **31** 

Gender / लिंग Female

ID Verified / पहचान पत्र सत्यापित Aadhaar # XXXXXXXX9712

Unique Health ID (UHID) **42-1645-2345-7731** 

Beneficiary Reference ID **94574289972010** 

## **Vaccination Details**

Vaccine Name / वैक्सीन का नाम **COVISHIELD** 

Date of Dose / खुराक की तारीख **19 May 2021 (Batch no. 4121 Z 073)** 

Next due date / अगली नियत तिथि Between 11 Aug 2021 and 08 Sep 2021

Vaccinated by / टीका लगाने वाले का नाम Prachi Dhurve Malthone

Vaccination at / टीकाकरण का स्थान **Excell.H. School Malthone18-44, Sagar,** 

Madhya Pradesh



"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





