

Certificate for COVID-19 Vaccination

Fully Vaccinated: 2nd Dose

Beneficiary Details

Beneficiary Name / लाभार्थी का नाम Omkar Mahilang

Age / उम्र **42**

Gender / लिंग **Male**

ID Verified / पहचान पत्र सत्यापित Aadhaar # XXXXXXXX8822

Unique Health ID (UHID)

Beneficiary Reference ID 7119283645078

Vaccination Details

Vaccine Name / वैक्सीन का नाम COVISHIELD

Date of 1st Dose / पहली खुराक की तारीख **17 Jul 2021 (Batch no. 4121MC023)**

Date of 2nd Dose / दूसरी खुराक की तारीख **23 Oct 2021 (Batch no. 4121MC086)**

Vaccinated by / टीका लगाने वाले का नाम **P Varamma**

Vaccination at / टीकाकरण का स्थान Dargaon PHC, Durg, 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





