

Provisional Certificate for COVID-19 Vaccination - 1st Dose

Beneficiary Details

Beneficiary Name / लाभार्थीचे नाव Isha

Age / वय **36**

Gender / लिंग Female

ID Verified / ओळखपत्र Aadhaar # XXXXXXXX1103

Unique Health ID (UHID) **52-2720-6168-8802**

Beneficiary Reference ID **32419989589690**

Vaccination Details

Vaccine Name / लसीचे नाव COVISHIELD

Date of Dose / ड्रोसची तारीख **22 Jun 2021 (Batch no. 4121Z085)**

Next due date / पुढील देय तारीख Between 14 Sep 2021 and 12 Oct 2021

Vaccinated by / यांच्याद्वारे लसीकरण SUKANYA NAIR

Vaccination at / लसीकरणाचे स्थळ SURYA HOSPITAL SANTACRUZ WEST, Mumbai,

Maharashtra



औषध सुद्धा आणि शिस्त सुद्धा Together, India will defeat COVID-19"

- पंतप्रधान श्री. नरेंद्र मोदी

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

कोणतेही प्रतिकूल परिणाम आढळून आल्यास कृपया जवळचे सार्वजनिक आरोग्य केंद्र/ आरोग्यसेवा कर्मचारी/ जिल्हा लसीकरण अधिकारी/ राज्य हेल्पलाइन क्रमांक १०७५ वर संपर्क साधा.





