



**O.S.U.N.R.**

OBRA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
ALVEAR 724 - 2000 ROSARIO  
TEL. 4258012 - 4259329 - 4259296 - FAX: 4259904

**Pedido N° 0000-**

Beneficiario: \_\_\_\_\_ Afil N° \_\_\_\_\_

Categoría de Afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra afiliado a otra Obra Social? SI NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**SOLICITA:** (Marcar con una X lo que corresponda)

Pañales: Para Adultos  Cantidad: \_\_\_\_\_  
Para Niños  (Indicar sólo cantidad de pañales x día, sujeto a topes OSUNR)

**Tamaño para Adultos:**

- |                   |                          |                          |                                          |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------|
| Plenitud Protect: | Mediano (M)              | <input type="checkbox"/> | (Cintura 71 a 110 cm / Peso 40 a 75 kg)  |
|                   | Grande (G)               | <input type="checkbox"/> | (Cintura 100 a 140 cm / Peso + de 70 kg) |
| Nonisec (Ultra)   | Juvenil                  | <input type="checkbox"/> | (Cintura 40 a 80 cm / Peso 20 a 45 kg)   |
|                   | Grande                   | <input type="checkbox"/> | (Cintura 70 a 115 cm / Peso 45 a 75 kg)  |
|                   | Extra Grande             | <input type="checkbox"/> | (Cintura 100 a 140 cm / Peso + de 75 kg) |
| Nonisec (Básico)  | Grande (G)               | <input type="checkbox"/> | (Peso 45 a 75 kg)                        |
|                   | Extra Grande (XG)        | <input type="checkbox"/> | (Peso + de 75 kg)                        |
| Huggies Classic   | Extra Grande (XG)        | <input type="checkbox"/> | (Peso 12 a 15 kg)                        |
|                   | Extra Extra Grande (XXG) | <input type="checkbox"/> | (Peso + de 14 kg)                        |

**Forma de Dispensa:**

Retira en Pañalera   
Entrega en Domicilio  (Indicar el domicilio correspondiente)

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**AUDITORIA O.S.U.N.R.**

\_\_\_\_\_  
Firma Médico Auditor

Observaciones \_\_\_\_\_