

SUBSECRETARIA DE SALUD  
Dirección Provincial de Administración



Pagaré N° .....

Por \$ .....

Neuquén (Cap.), a los ..... días del mes de ..... de .....

A la vista PAGARE SIN PROTESTO (Art. 50 - Decreto Ley 5965/63), a la  
SUBSECRETARIA DE SALUD DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN o a su orden,  
la suma de Pesos .....

(\$ .....), en concepto de importe de la GARANTÍA ofrecida a su entera  
satisfacción y en un todo de acuerdo con las estipulaciones del Pliego de Bases y  
Condiciones de la **LICITACION PUBLICA** N° **434**

Expediente N° **8600-081287/22**

**EX-2022-1286178- NEU-DESP#MS**

Domicilio de pago: Antártida Argentina 1245 - Edificio III Nivel 4 - Of. 2 - (8300) Neuquén.

.....  
Firma