

SUBSECRETARIA DE SALUD
Dirección Provincial de Administración



Pagaré N°

Por \$

Neuquén (Cap.), a los **31**.... días del mes de**enero**..... de **2023**.....

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° **444**.....

Expediente N° **8600-077622/22**

EX-2022-00855928- NEU-DESP#MS

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

.....
Firma

Aclaracion de firma