

SUBSECRETARIA DE SALUD  
Dirección Provincial de Administración



Por \$ .....

Neuquén (Cap.), a los **18**.... 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° **443**.....

Expediente N° **8600-084839/2022**

**EX-2022-001633437 - NEU-DESP#MS**

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

.....  
Firma

**aclaracion de firma**