

NEUQUEN, ……/…………./………..

COMISION DE SERVICIOS

AGENTE:……………………………………………………..…….…………………………………….……… LEGAJO Nº……………………………… DEPENDENCIA:……………………………………………………. COMISION DE SERVICIOS A…………………………………………………………………………….

DESDE EL DIA……………………………… HASTA EL DÍA…………….……..……………………… PROVINCIA Y/ O LOCALIDAD…………………………………………………………………………… AUTORIZA LA COMISION………………………………………………………………………….…………

FIRMA DEL DIRECTOR FIRMA DEL AGENTE

(0299) 449 5590/91 I [www.saludneuquen.gob.ar](http://www.saludneuquen.gob.ar/) Antártida Argentina 1245 Ed. 3 I (C.P. 8300) | Neuquén capital