00			
6		-	
0	3	\equiv	
	9	ā	ı

6		
	5	
	2	
	n l	
	N. I	
10	10	

PAGARÉ	No. ///	BUENO POR\$ 30,000.00			
RINTAFORM		26 de Julio de 20 23 y fecha de expedición			
Debo(emos) y pagaré(mos) incondicionalmente por este Pagaré a la orden de					
La cantidad de:	Lugar del pago	Fecha del pago			
Valor recibido a mi (nuestra) entera satisfacción. Este pagaré forma parte de una serie numerada del 1 al/					
Nombre y datos del del	udor	Acepto(amos) y pagaré(mos) a su vencimiento			
Nombre Silvia Alvarez Rami	rez	3 °4 RINTAFORM			
Dirección Haciendas El Carmen 110 Fr	cacc. Tel. Haciendas del Comme	101			
Población León Gto.		Firma(s)			

Escriba al reverso los datos personales y firma(s) del(os) aval(es)