



DELTA DENTAL OF PR, INC.

ACUSE DE RECIBO

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE:

- Se debitará por adelantado el primer pago para cubrir el primer mes de cubierta
- Delta Dental of PR, Inc. hará un cargo de **\$15.00** dólares por transacción devuelta bancaria o de tarjeta de crédito
- Confirmando que mi dentista pertenece a la red Delta Dental PPO y que estoy consciente de los periodos de espera.

**ECO** 6 meses para los servicios con el Cirujano Maxilofacial, Periodoncia y Endodoncia

**MAX** con los mismos periodos de espera de la ECO y 8 meses para las Coronas, Puentes y Ortodoncia

---

Firma del solicitante

Fecha