

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR COMUNICACIONES MOVILES



Nombre de paciente: _____

Al marcar la casquilla a continuación y firmar, estoy de acuerdo en ser inscrito en el servicio de comunicación móvil de Advantage Dental proporcionado por Relay Network. He leído y estoy de acuerdo con los [Términos y Condiciones](https://my.relayit.com/terms-and-conditions) (https://my.relayit.com/terms-and-conditions) y doy mi consentimiento para recibir recordatorios importantes, mensajes de mercadeo, y beneficios a través de un mensaje SMS (de texto) automático de Advantage Dental y Relay. Este es un servicio opcional y no es requerido para recibir tratamiento dental.

Estoy de acuerdo en recibir mensajes de texto

Paciente/Tutor legal/ Representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación (si no es el paciente)

Podrían aplicarse tarifas estándar por mensaje y transmisión de datos basado en las tarifas y planes de su proveedor.