



QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

MD 9.1 Q

Rev. 0

Gentile Cliente,

per offrire un servizio sempre più qualificato ed attento alle Sue esigenze, Le chiediamo gentilmente di rispondere a questo breve questionario per permetterci di raccogliere le Sue opinioni e le Sue aspettative sui nostri servizi. Ogni Sua segnalazione sarà valutata con attenzione e le indicazioni che ci fornirà saranno utili per il miglioramento dei nostri servizi.

La ringraziamo per il tempo che ci dedicherà e rimaniamo a disposizione per ogni supporto e chiarimento.

Cliente intervistato: _____ data, ____/____/____

Qual è il suo giudizio su:	Ottimo 10	Buono 8	Suff.te 6	Insuf.te 5
1 Come valuta la qualità del servizio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Il servizio ha rispettato l'orario prefissato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Durante il servizio i presidi utilizzati sono risultati idonei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ha trovato soddisfacente il livello di assistenza fornito durante il servizio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Il personale si è dimostrato disponibile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ritieni che il servizio l'abbia aiutata/o a gestire al meglio la sua situazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ritieni che i mezzi erano idoneamente puliti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Rispetto alle sue aspettative il servizio che ha ricevuto è stato?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Esprima il suo livello di soddisfazione generale per il nostro servizio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Quanto è probabile che raccomanderebbe il nostro servizio ad altri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Può fornirci consigli / osservazioni al fine di poterla trattare al meglio della Sua soddisfazione ?

Modalità per la restituzione: POSTA FAX E-MAIL Intervista Telefonica

La ringraziamo per la collaborazione prestataci.

Il Resp. Gestione Accreditemento: _____