

Gentile signora o signore, desideriamo offrire ai nostri clienti un servizio sempre più efficace ed efficiente. Attraverso questo questionario potrà farci conoscere la sua opinione e aiutarci nel miglioramento continuo della nostra Azienda Ortopedica.

Grazie per la collaborazione.

La Direzione

DATA DI COMPILAZIONE ____ / ____ / ____

E' soddisfatto/a:

	GIUDIZIO			
	Scarso			Ottimo
	☹	👎👎	👍👍	☺
PER NIENTE SODDISFATTO	POCO SODDISFATTO	ABBASTANZA SODDISFATTO	MOLTO SODDISFATTO	
1) delle informazioni ricevute per accedere alla fornitura del dispositivo				
2) della cortesia del personale che Le ha fornito queste informazioni				
3) del tempo che ha aspettato per ottenere il preventivo				
4) del rispetto degli orari concordati per gli appuntamenti				
5) della gentilezza, cordialità e disponibilità ricevuta dagli operatori				
6) del rispetto della privacy (possibilità di spogliarsi e rivestirsi con riservatezza)				
7) dell'igiene e pulizia degli ambienti				
8) del rispetto dei tempi pattuiti per la consegna del dispositivo				
9) delle informazioni ricevute sull'uso e manutenzione del dispositivo				
10) in generale per la sua esperienza presso la nostra Azienda Ortopedica				

La preghiamo ora di segnalare gli aspetti che ha gradito maggiormente:

Gli aspetti che ritiene più negativi:

Eventuali suggerimenti: