



Questionario di soddisfazione cliente

Le saremo grati se volesse dedicare alcuni minuti del suo tempo nel compilare il presente questionario, anche in forma anonima, questo ci sarà di grande aiuto per valutare le nostre attività di miglioramento.

Nella sezione note del seguente questionario è possibile segnalare eventuali suggerimenti.

La preghiamo di barrare la casella corrispondente ai Suoi dati nella scheda che segue:

- **Sesso:** Maschio Femmina
- **Fascia d'età:** 0-20 21-50 51-70 oltre 70
- **É la prima volta che si rivolge al nostro Centro?** SI NO

<u>Il nostro Centro</u>	Molto Soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto
Ambiente			
Comfort			
Orario			
Pulizia interna			

NOTE:.....

<u>Il nostro Personale</u>	Molto Soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto
Cortesia			
Competenza			
Efficienza			
Rapidità nel risolvere i problemi			
Disponibilità			

NOTE:.....

<u>Il servizio Accettazione e Consegna Referti</u>	Molto Soddisfatto	Soddisfatto	Insoddisfatto
Tempo di attesa			
Competenza			
Cortesia			
Efficienza			
Chiarezza referti			

NOTE:.....

- **Nel caso in cui avesse ancora bisogno di accertamenti sanitari, pensa di rivolgersi di nuovo al nostro Laboratorio?** SI NO

Data.....

Distinti Saluti

ALL-02-CDS