



CUSTOMER SATISFACTION

Alla cortese attenzione della direzione

Gentile Cliente

con la presente Le chiedo pochi minuti del Suo tempo per esprimere una valutazione oggettiva dei quesiti sotto riportati, relativi ai servizi ricevuti dal personale del nostro studio e ad eventuali miglioramenti dei servizi che pensiamo di implementare, **aggiungendo considerazioni** utili e annotazioni di qualsiasi tipo.

Può **restituire** il questionario tramite consegna diretta, fax, e – mail o lettera ai **recapiti** riportati in calce. Il documento è anonimo e i dati identificativi sono **facoltativi**; in caso di una loro eventuale comunicazione, saranno trattati, a norma del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196, secondo l'informativa notificatavi unitamente al contratto.

Si ringrazia per la collaborazione concessa, con l'occasione si porgono i migliori saluti.

Tipo di servizio ricevuto (scelta multipla oppure fare un'altra copia della presente):

ISO 9001 ISO 14001 OHSAS 18001 ISO 27001 ISO 22000 SA 8000 marcatura CE formazione

QUESITO		soddisfazione		
		Alta	Media	Bassa
1	Qualità dei servizi ricevuti			
2	Conformità dei servizi ricevuti rispetto alle attese			
3	Conformità dei servizi ricevuti rispetto al contratto			
4	Competenze e disponibilità del nostro personale			
5	Valore aggiunto: miglioramenti ricevuti, consigli, suggerimenti			
6	Qualità del linguaggio, della comunicazione e della formazione			
7	Trasparenza e chiarezza contrattuale			
8	Puntualità agli incontri?			
9	Rispetto dei tempi stabiliti per i progetti?			
10	Rapporto qualità – prezzi dei servizi ricevuti			
11	Assistenza nella scelta dell'organismo di certificazione			
12	Assistenza nei rapporti con l'organismo di certificazione			
13	Assistenza nella scelta del centro di taratura degli strumenti di misura?			
14	Assistenza nei rapporti con il centro di taratura degli strumenti?			
15	È a conoscenza di tutti i servizi erogati dal nostro studio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
16	Quale aspetto o parte dei servizi o del progetto ha suscitato il suo maggiore gradimento?			
17	Di quale servizio invece non è rimasto soddisfatto o Le ha dato minori soddisfazioni?			



CUSTOMER SATISFACTION

18	Ci sono stati degli argomenti che pensava venissero trattati e invece non lo sono stati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
19	Se sì, Quali?	
20	Se sì, lo ha fatto presente al consulente e gli ha chiesto subito delle spiegazioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
21	Quali aspetti invece non pensava che venissero affrontati e in realtà sono stati esaminati?	
22	Il progetto si è svolto con le modalità e con i tempi che le sue aspettative le suggerivano?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
23	Aveva già avuto altre esperienze di consulenza organizzativa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
24	Ritiene i nostri servizi peggiori, simili o migliori dei nostri concorrenti?	<input type="checkbox"/> Migliori <input type="checkbox"/> simili <input type="checkbox"/> peggiori
25	Perché?	
26	Consiglierebbe i servizi del nostro studio ad altre organizzazioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
27	Ha già raccomandato i nostri servizi ad altre organizzazioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

ANOMALIE, SUGGERIMENTI E PROPOSTE

facoltativo: NOMINATIVO DEL COMPILATORE

ORGANIZZAZIONE

DATA _____

FIRMA _____