

INTESTAZIONE CLIENTE: _____

Settore di attività: _____ Numero di dipendenti: _____

<u>GIUDIZIO SUL NOSTRO OPERATO:</u> <u>ASPETTI</u>	LIVELLO DI SODDISFAZIONE				
	SCARSO	MEDIOCRE	SUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
1 - Frequenza delle visite del Ns. personale					
2 - Qualità dell'accoglienza telefonica					
3 - Supporti marketing					
4 - Gamma dei prodotti					
5 - Qualità del prodotto					
6 - Rapporto qualità / prezzo					
7 - Costanza standard qualitativo					
8 - Disponibilità del prodotto su specifiche richieste					
9 - Disponibilità supporto tecnico					
10 - Tempi di consegna					
11 - Qualità del trasporto (rapidità e cura)					
12 - Velocità nella risposta					
13 - Preparazione del personale					
14 - Affidabilità e disponibilità dell'ufficio amministrativo					
15 - Giudizio finale					

Osservazioni & Suggerimenti

Data di compilazione ___/___/___ Firma del compilatore (opzionale) _____

Grazie per la collaborazione
 La direzione