

## CHE COSA PENSA DEL NOSTRO SERVIZIO?

Gentile Signora, Egregio Signore,

la Sua cortese collaborazione è importante per poterLe offrire un servizio sempre migliore.

Le chiediamo pertanto di compilare il questionario barrando, per ciascuna voce, il giudizio che più si avvicina alla Sua valutazione, e di depositare poi la scheda in uno dei punti raccolta situati all'ingresso. Il personale è a Sua disposizione per ogni ulteriore informazione.

La Direzione

Prestazione eseguita: \_\_\_\_\_

### GIUDIZIO:

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 1. completezza e comprensibilità delle informazioni amministrative        |  MOLTO MALE   |  MALE   |  BENE   |  MOLTO BENE   |
| 2. rispetto degli orari   |  MOLTO MALE   |  MALE   |  BENE   |  MOLTO BENE   |
| 3. ordine, pulizia e comfort dei locali                                   |  MOLTO MALE   |  MALE   |  BENE   |  MOLTO BENE   |
| 4. cortesia e disponibilità del personale amministrativo                  |  MOLTO MALE   |  MALE   |  BENE   |  MOLTO BENE   |
| 5. cortesia e disponibilità del personale tecnico-infermieristico         |  MOLTO MALE   |  MALE   |  BENE   |  MOLTO BENE   |
| 6. cortesia e disponibilità del personale medico                          |  MOLTO MALE |  MALE |  BENE |  MOLTO BENE |
| 7. completezza e comprensibilità delle informazioni ricevute dai sanitari |  MOLTO MALE |  MALE |  BENE |  MOLTO BENE |

**Vuole comunicarci qualcosa?** Lo scriva qui, per favore, e sarà contattato da noi: \_\_\_\_\_

Manzano, \_\_\_\_\_ (data)

Grazie per la collaborazione

**Olomed S.p.A.** > Tel 0432.938211, Fax 0432.938215 > e-mail: [olomed@policlinicoudine.it](mailto:olomed@policlinicoudine.it)