

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN LA CALIDAD DE SERVICIOS

Afiliado activo

Beneficiario pasivo

DISTRITO

Marque con una cruz el casillero que corresponda

Tema de consulta	Grado de satisfacción				
	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	NS/NC
a) AMABILIDAD DE NUESTROS EMPLEADOS					
b) ASESORAMIENTO RECIBIDO ANTE UNA CONSULTA					
c) INTERÉS EN SOLUCIONAR SUS PROBLEMAS					
d) RAPIDEZ EN LA ATENCIÓN PERSONALIZADA					
e) CLARIDAD Y AGILIDAD EN CONSULTAS TELEFÓNICAS					

Comentarios y sugerencias

.....

Con respecto a sus visitas anteriores , usted considera que el servicio brindado:

Mejóro mucho	<input type="checkbox"/>
Mejóro algo	<input type="checkbox"/>
Es el mismo de siempre	<input type="checkbox"/>
Empeoró	<input type="checkbox"/>
NS / NC	<input type="checkbox"/>

FCG 005/1 REV. 002

Si Ud lo desea , puede dejarnos sus datos :

Nombre y Apellido:.....Matrícula:

Tipo de DocumentoNro. de documento

Domicilio:.....Localidad.....CP.....

CUIT:.....

Correo electrónico:Fecha :

GRACIAS POR AYUDARNOS A MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS QUE PRESTAMOS