

CLIENTE:

Telef.:

TLM:

E-mail:

SERVIÇO/
PRODUTO

Um dos objetivos da **ALBERCLÍNICA** é a melhoria contínua dos serviços que presta. Para a conseguir, necessita da sua opinião sobre a sua percepção quanto à qualidade desses serviços. Por isso, solicitamos que preencha este curto inquérito:

Nota: Caso considere alguma questão **não aplicável**, não a classifique.

Muito Satisfeito Muito Insatisfeito
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

1. QUALIDADE DO ATENDIMENTO TELEFÓNICO

1.1. Simpatia e cortesia no atendimento

1.2. Rapidez no atendimento

2. QUALIDADE DO ATENDIMENTO TÉCNICO

2.1. Educação e cordialidade no atendimento

2.2. Disponibilidade e clareza na informação técnica

3. QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO

3.1. Correspondência entre o serviço esperado e o realizado

3.2. Cumprimento dos prazos na realização do serviço

3.3. Informação clara nas consultas e tratamentos

3.4. Rapidez na solução dos problemas levantados

3.5. Profissionalismo dos colaboradores

4. QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO

4.1. Disponibilidade para esclarecimentos

4.2. Rapidez no apoio quando solicitado

4.3. Eficácia na resolução de problemas

5. AVALIAÇÃO GLOBAL

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

(v.s.f.f.)

Notas importantes:

1. Em caso de carecer de novos serviços, dava preferência à **Alberclínica**?

SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Recomendaria a outros os serviços da **Alberclínica**?

SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Pensa vir a precisar no curto prazo de algum produto/serviço da **Alberclínica**?

SIM	NÃO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EM CASO AFIRMATIVO, DIGA-NOS, P.F., QUAIS?

1. _____
2. _____
3. _____

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

Para além das questões colocadas, registe aqui outra informação que entenda como relevante para a melhoria dos serviços de saúde que lhe prestamos:

Preenchido por: _____

Função: _____

Rubrica: _____

Data: __/__/____

Obrigado! Vamos trabalhar para o servir melhor.