



Questionario Soddisfazione dell'ospite

MD 9.2 E
Ed.1 Rev. 0

Data 01/04/2024

Artena, ____/____/____

Gentile Cliente,

la nostra Struttura ritiene indispensabile monitorare il grado di soddisfazione del Cliente, al quale offre i propri prodotti/servizi, al fine di assicurarne la piena soddisfazione.

Le chiediamo, cortesemente, di rispondere alle domande qui di seguito riportate e di rinviarci il modulo, opportunamente compilato, inserendolo nell'apposita cassetta situata all'ingresso.

La ringraziamo per la gentile collaborazione e Le inviamo i nostri più cordiali saluti.

Prodotto/Servizio reso	Scarso	Sufficiente	Buono	Ottimo
Cortesia del personale	☐	☐	☐	☐
Professionalità	☐	☐	☐	☐
Prontezza nella risposta alle esigenze dell'ospite	☐	☐	☐	☐
Completezza delle informazioni	☐	☐	☐	☐
Somministrazione della terapia	☐	☐	☐	☐
Qualità dei pasti	☐	☐	☐	☐
Igiene e comfort dei locali	☐	☐	☐	☐