







Desideriamo migliorare sempre di più il nostro servizio: potete aiutarci dedicandoci pochi minuti del Vostro tempo, compilando questo questionario ed indicando eventuali suggerimenti. Esprimate il Vostro giudizio inserendo una X in corrispondenza del valore da Voi attribuito all'aspetto da valutare.

GRAZIE PER LA VOSTRA COLLABORAZIONE!

AREA / ATTIVITA'	ASPETTO DA VALUTARE	1	2	3	4	5	6
AREA / ATTIVITA'	ASPETTO DA VALUTARE						
COMMERCIALE	Adeguatezza e completezza informazioni dell'offerta						
	Personalizzazione offerta alle esigenze Cliente						
	Tempi di emissione offerta						
	Chiarezza documentazione contrattuale						
	Prezzi erogazioni						
	Cortesia addetti commerciali						
	Disponibilità / reperibilità						
INSTALLAZIONE (solo per nuovi Clienti, sostituzioni ed ampliamento parco distributori installati)	Operazioni di installazione						
	Competenza installatori						
	Puntualità installazione						
RIFORMIMENTO	Periodicità visite di rifornimento						
	Flessibilità a consegne urgenti						
	Assortimento prodotti						
	Pulizia distributore						
	Competenza / esperienza						
	Cortesia addetti al rifornimento						
	Disponibilità						
ASSISTENZA TECNICA	Tempi di intervento (su chiamata)						
	Tempi di risoluzione guasti / ripristino funzionalità						
	Competenza / esperienza						
	Cortesia addetti tecnici						
	Disponibilità						
CENTRALINO	Facilità nel contattarci (centralino)						
	Tempi di attesa centralino – numero interno						
	Capacità di ascolto / comprensione esigenze Cliente						
	Cortesia del personale						
	Disponibilità						
GENERALE	Soddisfazione globale per i nostri servizi / prodotti						

COMMENTI:

Quale prodotto / aspetto / servizio non ha soddisfatto pienamente le Vostre aspettative e perché?

In cosa abbiamo superato le Vostre aspettative?

Altri suggerimenti:

Consiglierebbe Fullin snc ad altri?

- sì
 no, perché

Data di compilazione:

Nominativo Cliente *:

Persona che ha compilato il questionario *:

* *Dati facoltativi*

**SI PREGA DI RISPEDIRE IL QUESTIONARIO COMPILATO VIA FAX AL N° 0437. 939364
OPPURE VIA MAIL ALL'INDIRIZZO: fullinsnc@libero.it**