



CUSTOMER SERVICE

M.SQ.10.01
Rev. 01/08

QUESTIONARIO QUALITA' DEL SERVIZIO

CLIENTE:	
Sede servizio:	
Data:	

Compilazione a cura del cliente - Giudizio complessivo sull'andamento del servizio

ATTIVITA' DA CAPITOLATO	INDICARE CON UNA "X" IL GRADO DI SODDISFAZIONE				
	Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo
PAVIMENTO					
SCALA/CORRIMANO/RINGHIERA					
FISSI ED INFISSI (extra capitolato/periodico)					
DAVANZALI INTERNI / ESTERNI (extra capitolato/periodico)					
PARETI ATTREZZATE E DIVISORIE					
SUPERFICI VETRATE (extra capitolato/periodico)					
ARREDI ALTI E BASSI					
PIANI DI LAVORO					
SEDUTE					
ARCHIVI E RIPOSTIGLI					
SUPPELLETTILI DA TAVOLO					
TELEFONI / COMPUTER					
SERVIZI IGIENICI					
RIFORNIMENTO MAT. IGIENICO DI CONSUMO					
DERAGNATURA					
PULIZIE DI RIFINITURA:					
ANGOLI RETRO PORTA					
RIPIANI ALTI E SOPRAPORTE					
TERMOSIFONI / TERMOCONVETTORI					
PROFUMAZIONE					
ALTRO NON SPECIFICATO:					
▶.....					
▶.....					

PERSONALE DI SERVIZIO	Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Ottimo
PUNTUALITA'					
RICONOSCIMENTO (DIVISA/TESSERINO)					
DISPONIBILITA' E CORTESIA					
CONTROLLO ATTREZZATURA DI LAVORO					
ANNOTAZIONE SU NS. PERSONALE DI SERVIZIO:					

Compilato da Sig./Sig.ra: _____

Desidera essere contattato dal Resp. Operativo per eventuali migliorie e/o variazioni al servizio:	SI	NO
--	-----------	-----------

**IL MODULO DOVRA' ESSERE CORTESEMENTE RITORNATO ALLA LINDOSTAR
A MEZZO POSTA - TRAMITE FAX AL NR. 051/752098 oppure Mail al : info@lindostar.it**