|  |
| --- |
| Gentile Cliente,  grazie per aver scelto lo **STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA VALLONE s.a.s.**. Alfine di poter soddisfare nel modo più completo le sue esigenze, Le chiediamo di compilare il seguente questionario. |

|  |
| --- |
| NOME E COGNOME CLIENTE (non obbligatorio): |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VALUTAZIONE | OTTIMO  C:\Documents and Settings\SALVATORE PANZA\Impostazioni locali\Temporary Internet Files\Content.IE5\UZE7YHQZ\MCj04338170000[1].png | BUONO  C:\Documents and Settings\SALVATORE PANZA\Impostazioni locali\Temporary Internet Files\Content.IE5\C9K1QZKH\MCj04338190000[1].png | SUFFICIENTE    C:\Documents and Settings\SALVATORE PANZA\Impostazioni locali\Temporary Internet Files\Content.IE5\6XCF65E5\MCj04338160000[1].png | SCARSO  C:\Documents and Settings\SALVATORE PANZA\Impostazioni locali\Temporary Internet Files\Content.IE5\4X8FKNGB\MCj04338180000[1].png |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Professionalità e qualità del personale |  | |  | |  |  |
| Cortesia e disponibilità |  | |  | |  |  |
| Assistenza all’accettazione |  | |  | |  |  |
| Chiarezza servizi offerti |  | |  | |  |  |
| Tempi di attesa per esecuzione prestazione |  |  | |  | |  |
| Rispetto della privacy |  |  | |  | |  |
| Assistenza disabili |  |  | |  | |  |
| Assistenza bambini |  |  | |  | |  |
| Assistenza durante la prestazione |  |  | |  | |  |
| Raggiungibilità centro |  |  | |  | |  |
| Accoglienza dei locali |  |  | |  | |  |
| ***NOTE E SUGGERIMENTI*** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |