

Cliente

Data

Mettere una crocetta sul voto prescelto

- | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|----------|---|---|---|-----|---|----|--|--------|
| 1 | Come valutate i tempi di risposta per ottenere le informazioni richieste? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| 2 | Come valutate la cortesia e la disponibilità degli operatori con i quali avete contatto? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| 3 | Come valutate la chiarezza delle risposte ottenute dagli operatori? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| 4 | Come valutate la competenza e la professionalità degli operatori? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| 5 | Come valutate la documentazione che vi viene messa a disposizione? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| 6 | Come valutate la facilità di comprensione della documentazione? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| 7 | Quanto rispondono alle Vostre aspettative le informazioni ottenute da CEDAIER? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| 8 | Come valutate nel complesso il rapporto di collaborazione con CEDAIER? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| 9 | Quale strumento utilizza preferibilmente per contattare CEDAIER? | | | | Telefono | | | | Fax | | | | E-mail |
| 10 | Come valutate le informazioni relative all' | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |

organizzazione dei corsi presso la nostra sede presenti sul sito e sul notiziario?

11 Come valutate la disponibilità e la chiarezza delle informazioni sui corsi ricevute telefonicamente dal centralino? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12 Quale area aziendale contatta maggiormente? Quale area andrebbe migliorata e/o potenziata?

<input type="checkbox"/>	Pagamenti denunce e inadempienze	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Pagamenti dipendenti	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Assistenze	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Informazioni contrattuali	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DURC	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rimborsi malattie infortuni	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Assistenza software Soldo -Edilweb	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Direzione	<input type="checkbox"/>

Suggerimenti utili al miglioramento del nostro servizio:

.....

.....

.....

TIMBRO E FIRMA

Vogliate cortesemente inviarci il presente questionario compilato al n° di fax0543-745829 I dati raccolti dal presente questionario saranno utilizzati per migliorare il nostro servizio e non saranno mai divulgati nominalmente a terzi.
Ringraziamo per la collaborazione.