Sayın ilgili, Muayene Kuruluşu olarak hizmet veren Sterilite Kontrol Laboratuvarı müşteri memnuniyetini ölçmek ve sizlerle olan işbirliğimizi geliştirmek amacıyla bir anket çalışması yapmaktadır. Bu araştırmanın yararlı ve etkili olabilmesi için aşağıdaki anket sorularını eksiksiz ve doğru olarak doldurmanız ve bize iletmeniz çok önemlidir. Lütfen doldurduğunuz anketi tarafımıza ulaştırmanızı rica eder çalışmalarınızda başarılar dileriz. **İlginiz için teşekkür ederiz.**

**Saygılarımızla;**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANKET SORULARI | **1** | **2** | | | **3** | **4** | | | **5** |
| 1. Genel Olarak Laboratuvarımızla Çalışmaktan Memnunmusunuz? |  |  | | |  |  | | |  |
| 2. Laboratuvarımızla Çalişmak İle Diğer Laboratuvar Kuruluşlarla Çalişmayi Karşilaştirdiğinizda Memnuniyetinizin Ölçüsü Nedir? |  |  | | |  |  | | |  |
| 3. Laboratuvarlarınızı başkalarına tavsiye ederim |  |  | | |  |  | | |  |
| 4. Muayene Hizmet Sunumu İle İlgili Konuları Düşündüğünüzde, Memnuniyetinizin Ölçüsünü Belirtiniz. | **1** | **2** | | | **3** | **4** | | | **5** |
| 4.1 Muayene Hizmetlerinin Hatasiz Sunulması |  |  | | |  |  | | |  |
| 4.2 Muayene Hizmetlerinin Süresinin Tam Zamaninda Olmasi |  |  | | |  |  | | |  |
| 4.3. Muayene Hizmetimizin Kaliteli Olmasi |  |  | | |  |  | | |  |
| 4.4. Önerilerinizin-Şikâyetlerinizin “Laboratuvarımız Tarafindan Dikkate Alinmasi |  |  | | |  |  | | |  |
| 5. İletişim Kurduğunuz Personelimizin Yeterlilik ve Size Karşi Davranişlarini Düşündüğünüzde, Memnuniyetinizin Ölçüsünü Belirtiniz. | **1** | **2** | | | **3** | **4** | | | **5** |
| 5.1 İletişim Kurulan Personelin Tutum ve Davranişlari |  |  | | |  |  | | |  |
| 5.2 İletişim Kurulan Personelin Teknik Yeterliliği |  |  | | |  |  | | |  |
| 5.3 Personelimizin Sorunlarinizi Çözmedeki Gayreti |  |  | | |  |  | | |  |
| 5.4. Güvenilirlik ve müşteri gizliliğinin sağlanması yeterlidir. |  |  | | |  |  | | |  |
| 6. Muayene Hizmetimizi Tercih Etme Sebeplerinizi Belirtiniz. (1 ‘Den Fazla Seçeneği İşaretleyebilirsiniz.) | Kamu olması | | | Zamanında  Hizmet | | | | Muayene Sonrası Hizmetler | |
|  | |  | | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Memnuniyetinizi artırmak için ne yapabiliriz, varsa önerileriniz: | |
| Size ulaşabilmemiz için kimlik/iletişim bilgileriniz : | |
| Ad Soyad :  Tarih:  Kurumunuzun/FirmanızınAdı : | Telefon :  E-posta :  İmza: |