

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE CLIENTES

FECHA: _____

Nº: _____

NOMBRE		CIF
DIRECCIÓN		
TLF./FAX/E-MAIL		
PERSONA DE		
PRODUCTO/SERVICIO		

Nº	<u>PREGUNTA</u>	1	2	3	4	5
1	<u>ELEMENTOS TANGIBLES:</u> La apariencia y el equipamiento de nuestros autobuses, ¿son adecuados?					
2	<u>FIABILIDAD:</u> El servicio ¿actúa de forma fiable respondiendo a sus expectativas?					
3	<u>CAPACIDAD DE RESPUESTA:</u> ¿Existe disposición de resolver sus problemas de forma rápida?					
4	<u>PROFESIONALIDAD:</u> ¿El personal tiene conocimientos adecuados y sabe resolver los problemas que surgen?					
5	<u>CORTESÍA:</u> El personal que le atiende, ¿mantiene con Uds. una buena consideración, respeto, amabilidad y atención?					
6	<u>CREDIBILIDAD:</u> ¿La empresa cumple los aspectos a los que se ha comprometido con Uds.?					
7	<u>SEGURIDAD:</u> ¿Le ofrece seguridad y garantía utilizar nuestros servicios?					
8	<u>ACCESIBILIDAD:</u> ¿Le resulta fácil acceder a la empresa por vía telefónica, localización de las instalaciones u otros medios?					
9	<u>COMUNICACIÓN:</u> ¿Se atiende con un lenguaje adecuado y existe una comunicación constante ante citas u otros eventos?					
10	<u>COMPRENSIÓN:</u> ¿Nuestra empresa tiende a conocer sus necesidades y comprender su problemática específica?					
11	<u>VALORACIÓN GENERAL:</u> Determine cuál es el valor general de nuestros servicios.					
SUMA POR NIVEL DE VALORACIÓN						
PRODUCTO POR NIVEL DE VALORACIÓN (Nxi)						
SUMA TOTAL DE LOS PRODUCTOS						
MEDIA OBTENIDA						

0-2 DEFICIENTE ; 2-3 ACEPTABLE ; 3-4 BUENA ; 4-5 EXCELENTE

OBSERVACIONES (Necesidades o sugerencias):