



MÜŞTERİ MEMNUNİYET ANKET FORMU

Sayın İlgili;

Kurumumuzun sahip olduğu kalite yönetim sistemleri standartları çerçevesinde, size daha iyi hizmet verebilmek ve hizmet kalitesini geliştirebilmek açısından, aşağıdaki anket sorularını cevaplayarak info@dermokozlab.com e-posta adresine veya posta/kargo ile tarafımıza göndermenizi rica ederiz.

Müşteri Adı	Tarih: ... / ... / 20....				
Müşteri Adresi					
Müşteri İletişim Tel ve E-mail					
Müşteri İmza / Kaşe					
SORULAR	DEĞERLENDİRMELER				
	Çok iyi (5)	İyi (4)	Orta (3)	Kötü (2)	Çok kötü (1)
MÜŞTERİ İLİŞKİLERİ VE İLETİŞİM					
1. Laboratuvar personelinin iletişimi ve profesyonelliğinden memnun musunuz?					
2. Hizmet talebinizin alınma ve değerlendirilme süreci nasıldı?					
3. Geri dönüş süresi ve yanıt alma hızı beklentilerinizi karşıladı mı?					
4. Şikâyet veya geri bildirimlerinize verilen cevapların hızı ve içeriği yeterli miydi?					
5. Web sitemizden ihtiyaç duyduğunuz bilgilere (analiz listeleri, iletişim, form vb.) kolayca ulaşabildiniz mi?					
TEKNİK YETERLİLİK					
6. Laboratuvarın teknik bilgisi ve analiz yeterliliği konusunda güven duyuyor musunuz?					
7. Numunelerinizin gizliliği ve güvenliği yeterli şekilde sağlandı mı?					
HİZMET SÜRECİ VE ZAMANLAMA					
8. Analizlerin sonuçlanma süresinden memnun musunuz?					
9. Talep ettiğiniz analizlerle ilgili açıklayıcı bilgiye ulaşmak kolay mıydı?					
RAPORLAMA					
10. Analiz raporlarının formatı, açıklığı ve teknik içerik düzeyi yeterli miydi?					
11. Analiz Talep Formu'nun (veya başvuru sürecinin) kolay anlaşılır ve doldurulabilir olduğunu düşünüyor musunuz?					
GENEL MEMNUNİYET					
12. Sunulan hizmetin fiyat-performans dengesi hakkında genel değerlendirmeniz nedir?					
13. Genel olarak laboratuvarımızdan çalışmaktan memnun musunuz tekrar bizimle çalışmayı düşünür müsünüz?	Evet ☐		Hayır ☐		Kararsızım ☐
Yukarıdaki sorulara ek olarak olumlu veya olumsuz yönlerimizi aşağıdaki boş alanı kullanarak değerlendirebilir misiniz?					

Değerlendirme: 1-5. sorular 6 puan, 6-12. sorular 10 puan değerindedir. Toplam Puan: Değerlendiren Adı Soyadı: Tarih / İmza: (Bu bölüm Dermokoz Laboratuvar Hizmetleri tarafından doldurulacaktır.)	Değerlendirmede Çok Kötü (1) veya Kötü (2) verildiyse; DF Açıldı mı? ☐ EVET ☐ HAYIR Evet ise DF No:
--	--