**ANKIETA SATYSFAKCJI KLIENTA**

Szanowni Państwo!

W celu zapewnienia wysokiej jakości usług transportu door-to-door prosimy o wyrażenie opinii na temat wykonanej usługi. Zebrane informacje pomogą nam w poprawie jakości świadczonej usługi transportu i dostosowaniu jej do Państwa potrzeb.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jak ocenia Pani/Pan:** | **Nie dotyczy** | **Źle** | **Średnio** | **Dobrze** | **Bardzo dobrze** |
| 1. Łatwość zgłaszania zapotrzebowania na transport (telefon, SMS, osobiście, e-mail) |  |  |  |  |  |
| 2. Kontakt z kierowcą  |  |  |  |  |  |
| 3. Kontakt z operatorką/asystentką |  |  |  |  |  |
| 4. Punktualność przyjazdu samochodu |  |  |  |  |  |
| 5. Dostępność terminów |  |  |  |  |  |
| 6. Dostosowanie pojazdu do Pani/Pana potrzeb |  |  |  |  |  |
| 7. Możliwość korzystania z dodatkowych usług (asystent, wózek inwalidzki, schodołaz, pies przewodnik, tłumacz języka migowego) |  |  |  |  |  |
| 8. Jak całościowo ocenia Pani/Pan usługę transportu door-to-door? |  |  |  |  |  |

Jeśli mają Państwo dodatkowe uwagi do usługi transportu door-to-door, prosimy o wpisanie ich poniżej.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dziękujemy!