



MÜŞTERİ GÖRÜŞ ÖNERİ VE ANKET FORMU

TARİH: .../.../2020.

	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Çok kötü
1. Genel olarak verilen hizmetlerden memnun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verilen hizmetler ile ilgili bilgi talep edildiğinde tatmin edici cevaplar veriliyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Analiz işlemleri belirtilen zaman içerisinde tamamlanıyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Çalışanların sizinle iletişimleri uygun mudur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. NEVHSL olarak tarafsızlık, gizlilik ve dürüstlük ilkelerine özen gösterdiğini düşünüyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. NEVHSL olarak Verdiğimiz hizmetin daha iyi olabilmesi için önerileriniz/beklentileriniz nelerdir?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				

Size geri dönüş yapabilmemiz için kimlik/iletişim bilgileriniz

Ad Soyad :

Kurumunuzun/Firmanızın Adı :

Telefon :

E-posta :