

فرم نظر سنجی

این فرم جهت آگاهی ما از میزان رضایت شما عزیزان نسبت به مراجعه و گرفتن انواع خدمات در این مرکز در نظر گرفته شده است، به همین منظور خواهشمندیم به تمامی سوالات صادقانه پاسخ داده تا ما را به ارائه‌ی خدمات باکیفیت‌تر یاری رسانید. نظرات ارزشمند شما باعث بهبودی و ارتقای روزافزون کیفیت این مجموعه خواهد شد. از همکاری شما بسیار سپاسگزاریم.

با تشکر / مدیر مجموعه

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی:	سن:	کد ملی:	شغل:	وضعیت تاهل:
شماره تماس:	نحوه‌ی آشنایی:	محل سکونت:		

لطفا پاسخ هر یک سوالات زیر را علامت بزنید.

ردیف	سوالات	عالی	خوب	متوسط	ضعیف	ذکر دلیل
1	کیفیت خدمات					
2	تسلط اسکین‌کر					
3	نحوه‌ی برخورد پرسنل با شما					
4	نحوه‌ی مشاوره					
5	نظم نوبت‌دهی و انتظار					
6	رعایت نظافت مجموعه و اسکین‌کر					
7	هزینه‌ی خدمات					
8	محیط اتاق پوست					
9	میزان رضایت از محصولات هوم کر تجویز شده					
10	سهولت برقراری ارتباط با اسکین‌کر					

*چقدر احتمال دارد ما را به دوستان خود معرفی نمایید؟ ☐ قطعاً ☐ احتمال دارد ☐ پیشنهاد نخواهم کرد

*آیا مجدداً به مجموعه‌ی ما مراجعه خواهید کرد؟ ☐ قطعاً ☐ احتمال دارد ☐ مراجعه نخواهم کرد

در صورت منفی بودن جواب هر یک از سوالات بالا، لطفاً ما را از دلیل خود مطلع سازید:

سایر انتقادات و پیشنهادات ارزشمند شما

.....

.....

.....

امضا و اثر انگشت