



Наименование Учреждения Здравоохранения
 Учреждение здравоохранения «Могилевская областная
 больница»

Уважаемые заказчики!

В нашей компании внедрена и действует система менеджмента качества в соответствии с требованиями стандартов СТБ ISO 9001-2009 и СТБ ИСО 13485-2005.

С целью проведения оценки удовлетворенности потребителей качеством работ и услуг, связанных с обслуживанием и ремонтом медицинских изделий, а также с целью выявления эффективных направлений постоянного улучшения нашей работы, просим Вас заполнить нижеприведенную анкету.

Ваше мнение для нас важно.

**АНКЕТА
 ПО ОЦЕНКЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ
 услуг оказываемых ООО «ДРАЙВ»**

Просим дать ту оценку, которая в наибольшей степени отвечает Вашим представлениям качества нашей работы по техническому обслуживанию и ремонту Изделий Медицинской Техники. Если Вы полностью удовлетворены качеством, то поставьте знак в столбике напротив цифры 5, если Вы полностью не удовлетворены цифру 1. Остальные значения (2, 3, 4) отражают степень Вашего приближения к той или иной оценке.

Тип обслуживаемого (ремонтируемого) оборудования _____

| | Показатели удовлетворенности | Оценка по пятибалльной шкале | | | | |
|---|--|------------------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | качество выполнения работ по плановому техническому обслуживанию или ремонту оборудования | | | | | ✓ |
| 2 | компетентность, исполнительность, доброжелательность и ответственность наших специалистов | | | | | ✓ |
| 3 | оперативность прибытия сервисных специалистов | | | | | ✓ |
| 4 | правильность и своевременность оформления необходимых документов (договоры, акты, журналы ТО, протоколы КТХ и др.) | | | | | ✓ |
| 5 | сроки поставки и качество запасных частей для ремонта и технического обслуживания | | | | ✓ | |
| 6 | степень готовности к дальнейшему сотрудничеству | | | | | ✓ |
| 7 | степень соответствия оказанной услуги Вашим потребностям и ожиданиям (соотношение цены и качества) | | | | ✓ | |
| | Суммарная оценка | | | | | |

Ваши предложения, замечания и пожелания по улучшению качества работы и услуг

Заведующий рентгенологическим отделением (кабинетом)
 (Представитель Учреждения Здравоохранения)

____ / ____ / ____ || ____ /
 подпись Ф.И.О. дата

Старший рентгенолаборант



Г.А. Александрова 15.08.2014г

Благодарим Вас за участие в анкетировании и просим передать заполненную анкету.

По возникающим вопросам просим обращаться по факсу: +375 17 285 98 23; тел.: +375 17 385 25 01 (02)

E-mail: Kuznetsov@drive-by.net
 drive@drive-by.net