|  |  |
| --- | --- |
| Наименование организации: |  |
| Ф.И.О. и должность специалиста, заполнившего анкету: |  |
| Контактные данные:Телефон: |  |
| Факс: |  |
| Е-mail: |  |

**1. Система оценки:**

 Оцените степень Вашей удовлетворенности услугами ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Минздрава России исходя из следующих критериев оценки:

**5 баллов** - полная удовлетворённость,

**4 балла** - хорошая степень удовлетворённости,

**3 балла** - средняя степень удовлетворённости,

**2 балла** - низкая степень удовлетворённости,

**1 балл** - полная неудовлетворённость.

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерии оценки** | **Оценка удовлетворенности** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Оцените надежность нашей организации, как исполнителя Ваших заказов |  |  |  |  |  |
| Насколько соответствует качество оказанных нами услуг согласованным требованиям (условиям договоров/контрактов) |  |  |  |  |  |
| Оцените своевременность оказания нами услуг |  |  |  |  |  |
| Насколько доступна для Вас информация о наших услугах? |  |  |  |  |  |
| Оперативно ли проводится нами работа по Вашим запросам, замечаниям, претензиям? |  |  |  |  |  |

**2. Прочие вопросы**

 2.1 Ваше мнение о качестве наших услуг в сравнении с другими организациями?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.2 Ваши предложения по улучшению нашей работы с заказчиками?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_