**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN**

Servicio de atención al cliente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Sexo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Fecha**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Marque con una X la puntuación que considere más acorde con el servicio recibido

(1 muy deficiente, 5 excelente)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| PERSONAL | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Calidad del servicio |  |  |  |  |  |
| Asesoría técnica |  |  |  |  |  |
| Comprensión de las necesidades |  |  |  |  |  |
| Profesionalismo |  |  |  |  |  |
| Tiempo de respuesta |  |  |  |  |  |
| ¿Qué aspecto recomendaría mejorar en la atención al cliente? | | | | | |
| ¿Por qué eligió nuestros productos?  Si  No | | | | | |
| ¿Es probable que recomiende nuestros productos y servicio?  Si  No | | | | | |