Questionnaire de satisfaction Institutions

Nous serions honorés si vous preniez quelques minutes pour compléter ce questionnaire qui nous aidera à mieux répondre à vos attentes.

**Type d’institution :**

**Dépôt ⁭ Hôpital ⁭ Dispensaire ⁭ CAL ⁭ CSL ⁭**

|  |  |
| --- | --- |
| **QUESTIONS** | **COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS** |
| **Comment trouvez-vous la prise en charge de vos réquisitions par PROMESS ?** |  |
| **Nos produits répondent-ils à vos attentes en matière de qualité et de prix ?** |  |
| **Vos requêtes sont-elles été totalement par PROMESS ?**  |  100 % à 80 % 🗆  80 % à 60 % 🗆 60 % à 40 % 🗆 40 % à 20 % 🗆 20 % à 0 % 🗆Commentaires :  |
| **Quels produits ont posé des difficultés d’utilisation, ou bien étaient de mauvaises qualités (emballage, aspect, efficacité thérapeutique…) ?** |  |
| **Avez-vous déjà dû retourner des produits à PROMESS et pour quelle raison ?** |  |
| **Comment trouvez-vous la prestation de notre service sur le temps et notre engagement à répondre à vos attentes ?** |  |
| **Qu’auriez –vous pu acheter à PROMESS et que vous avez décidé d’acheter ailleurs ? Quels sont les facteurs qui ont influencé votre décision ?****Quels produits souhaiteriez-vous trouver dans notre liste ?** |  |
| **Utilisez-vous les services de livraison de PROMESS et si non, pour quelle raison ?** |  |
| **Comment peut-on améliorer notre service ?** |  |
| **Comment PROMESS peut soutenir votre institution ?** |  |

 **Autres Commentaires et suggestions :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Date : …………………………