|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oddział****Laboratoryjny****PSSE****Częstochowa** | **Załącznik nr 5 z dnia 12.07.2024 r. do Procedury nr PO-02** | **Strona /****stron****1/2** |
| **ANKIETA** |
| ***Oddział Laboratoryjny*** |

Szanowni Państwo

OL PSSE w Częstochowie zaprasza do wypełnienia anonimowej ankiety oceniającej jakość świadczonych usług. Uzyskane informacje posłużą do doskonalenia systemu zarządzania, działalności laboratoryjnej oraz obsługi klienta.

|  |
| --- |
| **ANKIETA** (wypełnia klient) |

1. **W jakim zakresie korzystali Państwo z usług OL PSSE w Częstochowie:**

🞎 Badania próbek: żywności, materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, produktów kosmetycznych, obiektów z obszaru produkcji żywności\*

🞎 Badania próbek: wody, ścieków\*

🞎 Badania próbek: kału, szczepów, biologicznych wskaźników kontroli skuteczności procesu sterylizacji\*

1. **Jak oceniają Państwo dostęp do informacji o świadczonych usługach?**

🞎 powyżej oczekiwań

🞎 zgodnie z oczekiwaniami

🞎 poniżej oczekiwań

…………………………………………………………………………………………………..

1. **Jak oceniają Państwo współpracę w trakcie realizacji zlecenia?**

🞎 powyżej oczekiwań

🞎 zgodnie z oczekiwaniami

🞎 poniżej oczekiwań

…………………………………………………………………………………………………..

1. **Jak oceniają Państwo poziom obsługi klienta?**

🞎 powyżej oczekiwań

🞎 zgodnie z oczekiwaniami

🞎 poniżej oczekiwań

…………………………………………………………………………………………………..

1. **Jak oceniają Państwo sposób prezentacji wyników badań?**

🞎 powyżej oczekiwań

🞎 zgodnie z oczekiwaniami

🞎 poniżej oczekiwań

…………………………………………………………………………………………………..

1. **Jak oceniają Państwo terminowość realizacji zlecenia?**

🞎 powyżej oczekiwań

🞎 zgodnie z oczekiwaniami

🞎 poniżej oczekiwań

…………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oddział****Laboratoryjny****PSSE****Częstochowa** | **Załącznik nr 5 z dnia 12.07.2024 r. do Procedury nr PO-02** | **Strona /****stron****2/2** |
| **ANKIETA** |
| ***Oddział Laboratoryjny*** |

1. **Czy Państwa oczekiwania w zakresie wykonania badań zostały spełnione?**

🞎 Tak
🞎 Nie

…………………………………………………………………………………………………..

1. **Czy poleciliby Państwo OL PSSE w Częstochowie innym Klientom?**

🞎 Tak
🞎 Nie

…………………………………………………………………………………………………..

1. **Jakie zmiany mogłyby Państwa zdaniem wpłynąć na polepszenie jakości usług świadczonych przez OL PSSE w Częstochowie?**

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

Dziękujemy za wypełnienie ankiety. Ufamy, że w dalszym ciągu będziemy mieli przyjemność współpracować z Państwem. Wypełnioną ankietę oraz uwagi dotyczące naszej pracy prosimy kierować na adres: ol.psse.czestochowa@sanepid.gov.pl lub: PSSE w Częstochowie, ul. Jasnogórska 15A, 42-200 Częstochowa

**ANALIZA ANKIETY** (wypełnia Kierownik OL)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……….…………………..…………………

*(data, podpis Kierownika OL)*

🞎 - odpowiednie zaznaczyć

\* - niepotrzebne skreślić