

## Анкетна карта

Въпроси	Оценка
1. Как оценявате нашите услуги?	<input type="checkbox"/> ниско <input type="checkbox"/> средно <input type="checkbox"/> високо
2. Бихте ли желали да продължим съвместната работа?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> не съм сигурен
3. Бихте ли ни препоръчали на ваши клиенти и познати?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> не съм сигурен
4. Смятате ли, че цената на нашата услуга е приемлива за Вас?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> не съм сигурен
5. От къде получихте информация за нас?	<input type="checkbox"/> от интернет <input type="checkbox"/> от каталози <input type="checkbox"/> от познати
6. Има те ли препоръки относно дейността на ОКС?	

Благодарим Ви за отделеното време!

ОКС ТРАНС МЕД КОНСУЛТ

Попълнил :

.....  
/Име, фамилия, фирма/

Дата .....