

Questionnaire de satisfaction

Nom : _____

Date : _____

Lieu : _____

Certification initiale OU Renouvellement

Madame, Monsieur,

Vous venez de faire appel à nos services dans le cadre de la certification de compétences des diagnostiqueurs. Dans le but de mieux cerner les besoins et attentes de nos clients, vous trouverez ci-dessous un questionnaire qui pourrait nous aider à identifier de nouveaux axes d'amélioration de nos prestations.

Domaines

<input type="checkbox"/> Amiante sans mention	<input type="checkbox"/> Energie individuel	<input type="checkbox"/> Termites métropole
<input type="checkbox"/> Amiante avec mention	<input type="checkbox"/> Energie tous types de bâtiment	<input type="checkbox"/> Termites DOM
<input type="checkbox"/> Plomb sans mention	<input type="checkbox"/> Sécurité électrique	<input type="checkbox"/> Sécurité gaz

Comment évaluez-vous les points suivants :	Pour chaque question, merci de cocher la case correspondante à votre choix			
	Très satisfaisant	Satisfaisant	Moyen	Insuffisant

CANDIDATURE

01 Clarté du dossier de candidature et des documents annexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 Délai de traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Accueil et réactivité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEROULEMENT DE L'EXAMEN

04 Qualité de l'accueil le jour de l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Adéquation : contenu de l'examen théorique / domaine considéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 Adéquation : contenu de l'examen pratique / domaine considéré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Rôle de l'examineur et son respect de l'impartialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECOMMANDATION

Recommanderiez-vous TECHNICERT auprès de votre entourage ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

OBSERVATIONS EN PRECISANT LE(S) DOMAINE (S) CONCERNES

(Obligatoire en cas de réponse « Insuffisant »)

Une fois le questionnaire renseigné, nous vous remercions par avance de bien vouloir nous le retourner à la fin de l'examen.