



ENQUÊTE DE SATISFACTION

Site : _____ Date : ____ / ____ / 201__

Interlocuteur client : _____



Sur le nettoyage des locaux

(Nom de l'agent :)

La qualité des prestations de nettoyage :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1
Présentation et attitude de l'agent de propreté :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1
Respect des jours et heures d'intervention :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1

Sur les autres prestations (espaces verts, nettoyages spéciaux) :

.....

La qualité des prestations :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1
Présentation et attitude du technicien :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1
Respect des jours et heures d'intervention :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1

Sur le nettoyage des vitres

La qualité des prestations de nettoyage :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1
Présentation et attitude du laveur de vitres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1
Respect des jours et heures d'intervention :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1

Sur l'encadrement

(Nom du responsable :)

Compétence et sérieux de votre interlocuteur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1
Rapidité de réponse à vos demandes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1
Organisation et suivi qualité du cahier des charges :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	3	2	1

Notez de 1 à 10 votre appréciation générale :

Recommanderiez-vous CHROME à vos connaissances ?

Non Peut-être Oui

Avez-vous des remarques ou suggestions susceptibles de nous aider à mieux vous satisfaire ?

Signature
responsable

Signature
client

Date de la prochaine enquête : ____/____/201__