

# Évaluation de la prestation de service

À remplir par la personne-ressource du client

- Service utilisé :
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prélèvement sanguin      | <input type="checkbox"/> Vaccination diverse            | <input type="checkbox"/> Dépistage toxicologique |
| <input type="checkbox"/> Vaccination antigrippale | <input type="checkbox"/> Dépistage glycémie/cholestérol | <input type="checkbox"/> Autre : _____           |
| <input type="checkbox"/> Journée Santé des hommes | <input type="checkbox"/> Journée Santé des femmes       |  |

Votre satisfaction nous tient à cœur. C'est pourquoi nous vous prions de prendre quelques minutes pour répondre aux questions suivantes et nous faire part de vos commentaires au sujet de nos services. Votre opinion nous aidera à mieux répondre à vos besoins et à ceux de nos futurs clients. Elle nous permettra aussi de nous améliorer afin de dépasser vos attentes. Pour toute remarque plus étoffée ou pour toute plainte, adressez-vous directement à la personne avec laquelle vous avez conclu l'entente.

Date de la prestation de service : \_\_\_\_\_

Nom du client : \_\_\_\_\_

Adresse de la clinique : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Signature de la personne-ressource : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

	Oui	En partie	Non	Commentaires et suggestions
Êtes-vous satisfait(e) du déroulement du service ?				
La clinique a-t-elle commencé à l'heure prévue ?				
Notre personnel a-t-il fait preuve de professionnalisme ?				
L'endroit où la clinique s'est tenue a-t-il été laissé en ordre ?				
Êtes-vous satisfait de la disponibilité (flexibilité) de nos services ?				

Quels autres aspects du service pourrions-nous améliorer ?

Aspects	Commentaires et suggestions

Veuillez faire parvenir ce document par courriel à [infobse@biron.com](mailto:infobse@biron.com) ou par télécopieur au 450 619-6276.

Merci de votre collaboration.