**[Nombre del Coop] Comentario y Opinión del Cliente**

Gracias por tomar el tiempo de evaluar a su proveedor. Su opinión es vital en asegurar que el trabajo se complete a su expectativa. Por favor llene este formulario y devuélvelo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Su opinión es confidencial.

*Adaptación de la encuesta hecha por Circle of Life 07/2014*

**Miembro Proveedor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## *Por favor califique el rendimiento de su proveedor de servicios en las siguientes áreas:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Podría mejorar** | **Muy satisfecho** |
| Mi proveedor se presenta a tiempo a todos los turnos programados | 1--------2------3------4------5 | |  |
| Mi proveedor realiza adecuadamente todas las tareas del trabajo a mi satisfacción | 1--------2------3------4------5 | |  |
| Mi proveedor se comunica conmigo de una manera clara y respetuosa | 1--------2------3------4------5 | |  |
| Mi proveedor sabe como utilizar las herramientas del trabajo como la aspiradora, la escoba, etc. | 1--------2------3------4------5 | |  |
| Me siente segura/o con mi proveedor, crea un espacio cómodo y con confianza | 1--------2------3------4------5 | |  |
| Como fue el servicio al cliente de la oficina? Respondimos con tiempo? | 1--------2------3------4------5 | |  |

¿Utiliza productos verdes? Si / No

Si responde No, por qué?

¿Nos recomendaría a otras personas? Si / No

Si responde No, por qué?

¿Qué sugerencias tiene para mejorar los servicios que recibe de nuestra cooperativa?

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**