



PESQUISA DE SATISFAÇÃO ANUAL DE CLIENTES

REVISÃO:00
CÓDIGO: PRO.11

CLIENTE:	RESPONSÁVEL:	DATA:
----------	--------------	-------

Nº.	ASPECTOS AVALIADOS	ÓTIMO	BOM	REG	RUIM
01	Como você avalia o ATENDIMENTO da Central de Pedido?				
02	Como você avalia o ATENDIMENTO do assessor comercial, quanto à: frequência de visitas?				
03	Como você avalia o ATENDIMENTO do assessor comercial, quanto à: Treinamentos de frentistas?				
04	Como você avalia o ATENDIMENTO do assessor comercial, quanto à: Disponibilidade, feedback das informações solicitadas?				
05	Como você avalia o cumprimento do prazo de ENTREGA dos nossos produtos?				
06	Como você avalia as informações sobre a hora da ENTREGA dos nossos produtos?				
07	Como você avalia os PROCEDIMENTOS de segurança na descarga dos produtos?				
08	Como você avalia o ATENDIMENTO prestado pelos outros setores da empresa?				
09	Como você avalia a QUALIDADE dos nossos produtos?				
10	Como o cliente final avalia a QUALIDADE dos nossos produtos?				
11	Qual a IMAGEM que a DNP passa para você como revendedor?				
12	Como o cliente final avalia a IMAGEM da DNP?				
13	Qual o seu nível de SATISFAÇÃO com a DNP?				

COMENTÁRIOS/OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES:

VISTO _____ Data: / /

Favor retornar este formulário preenchido para o fax (92) 3214-3044 e/ou e-mail:
atendimento@dnp.com.br

Período da pesquisa : **22/04 à 01/05/08.**

Contamos com sua participação, pois sua satisfação é a nossa qualidade.