

Encuesta Del Control De Calidad

Por favor llene estas preguntas. La information que usted nos provee, nos ayudara a servirle mejor. Sientese libre para decir lo que ud. desea.

Nombre: _____

Fecha: _____

1. Cual fue la razon que originalmente te trajo a la oficina?

2. En que manera se le ha solucionado su necesidad original?

3. Hay algo del cuidado que le hemos dado que le gustaria cambiar o mejorar?

4. Tuvo algun exito con el cuidado que le hemos dado, que le gustaria compartir con los demas. (Use la parte de atras si necesita mas espacio)

5. Le gustaria que sus amigos y familiares tuvieran el mismo provecho?

6. Si es asi, escriba sus nombres, direccion y numero de telefono; nosotros nos podremos en contacto con ellos de su parte y con una oferta de introduccion.
 - 1.

 - 2.

 - 3.(Use el reverso si necesita mas espacio)

Muchas gracias por su informacion.

Esta bien publicarlo? Si ___ No ___

Firma _____