*Załącznik nr 5 do* Regulamin świadczenia usługi

indywidualnego transportu door-to-door

dla osób z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności w Gminie Mogilany

**ANKIETA SATYSFAKCJI UŻYTKOWNIKA USŁUGI DOO-TO-DOOR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Jak ocenia Pan/Pani jakość świadczonej usługi, tj:** | | **Skala oceny** | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. | Kontakt z osobą przyjmującą zgłoszenie |  |  |  |  |  |
| 2. | Czas oczekiwania na potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia |  |  |  |  |  |
| 3. | Punktualność przyjazdu pojazdu |  |  |  |  |  |
| 4. | Uprzejmość kierowcy |  |  |  |  |  |
| 5. | Komfort podróży |  |  |  |  |  |
| 6. | Czytelna i wyraźna identyfikacja pojazdu |  |  |  |  |  |
| 7. | Ułatwienia dla osób ze szczególnymi potrzebami |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. Czy usługa przewozu door-to-door spełniła Pana/Pani oczekiwania? | □ Tak |
| □ Nie, dlaczego…. |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z jakości przewozu świadczonej usługi? | □ Tak |
| □ Nie, dlaczego…. |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. Czy poleciłby Pan/Pani skorzystanie z usługi transportu door-to-door innym osobom z potrzebą wsparcia w zakresie mobilności z dysfunkcją ruchu? | □ Tak |
| □ Nie, dlaczego…. |

|  |
| --- |
| **5. Jakie macie Państwo propozycje, uwagi dotyczące możliwości poprawy jakości usługi transportu door-to-door świadczonej przez Gminę Mogilany?** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Metryczka** | |
| **Płeć** | □ Kobieta |
| □ Mężczyzna |
| **Wiek** | □ 18 – 26 lat |
| □ 27- 39 lat |
| □ 40 – 59 lat |
| □ 60 – 65 lat |
| □ powyżej 65 lat |
| **+-Status Zawodowy** | □ Uczeń |
| □ Student |
| □ Pracujący |
| □ Niepracujący |
| □ Emeryt/Rencista |