

1° Scheda (o della qualità percepita)

| | Molto positiva | Positiva | Negativa | Molto negativa |
|---|----------------|----------|----------|----------------|
| qual è stata l'impressione l'ultima volta che è entrato in Farmacia | | | | |
| l'accoglienza è giudicata | | | | |
| la disponibilità a rispondere alle domande è giudicata | | | | |
| lo spazio disponibile e la collocazione dei prodotti sono giudicati | | | | |
| la disponibilità dei medicinali è giudicata | | | | |
| le campagne di educazione-informazione sanitaria (riviste, programmi TV...) sono giudicate | | | | |
| l'assortimento dei prodotti è giudicato | | | | |

2° Scheda (del servizio o della qualità offerta)

| | Molto positiva | Positiva | Negativa | Molto negativa |
|--|----------------|----------|----------|----------------|
| tempo di attesa | | | | |
| competenza del Farmacista che l'ha servita | | | | |
| disponibilità ad offrire spiegazioni anche prima della richiesta | | | | |
| capacità di procurare quanto non presente in Farmacia | | | | |
| rapporto tra qualità del servizio e prezzo dei prodotti offerti | | | | |
| campagne e/o i prodotti in offerta | | | | |
| servizi in convenzione con ASL di Bergamo (pannoloni, farmaci ospedalieri...) | | | | |
| servizi a pagamento (test di autoanalisi, noleggi...) | | | | |
| l'assistenza post vendita (riparazione aerosol, prova-pressione, apparecchi per la glicemia...) | | | | |

3° Scheda (proposte o della qualità richiesta)

| | | | |
|--|----------------------------------|--|-----------|
| quali servizi ritiene necessario attivare | | | |
| per averli sarebbe disposto anche a pagare | SI | | NO |

| |
|-----------------|
| Timbro farmacia |
|-----------------|