**ANKIETA SATYSFAKCJI KLIENTA Z REALIZACJI USŁUGI INSYWIDUALNEGO TRANSPORTU DOOR-TO-DOOR**

Imię i nazwisko użytkownika/użytkowniczki………………………………………………….

1. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z realizacji usługi door-to door ?
2. TAK
3. NIE
4. Proszę wpisać ewentualne uwagi i zastrzeżenia do zrealizowanej usługi door-to door

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

……………………………………………..

*Czytelny podpis użytkownika/użytkowniczki
lub opiekuna bądź osoby ją reprezentującej*