



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE LÍNEA REGULAR

Ed.00

FECHA

FRECUENCIA CON LA QUE
UTILIZA LA LÍNEA:

A DIARIO

A LA SEMANA

AL MES

Indiquenos el número
de días:

CUESTIONARIO CALIDAD DEL SERVICIO

CRITERIO	PREGUNTA	RESPUESTA		
SERVICIO OFERTADO	¿El número de plazas de los vehículos se ajusta a la demanda de la línea?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC
ACCESIBILIDAD	En caso de ser una Persona de Movilidad Reducida, ¿los vehículos se encuentran adaptados a sus necesidades?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC
INFORMACIÓN	¿Disponen los vehículos de la información necesaria relativa a la línea (horarios, tarifas, etc.)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC
PUNTUALIDAD	¿Se cumplen los horarios establecidos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC
ATENCIÓN AL CLIENTE	¿El trato recibido por parte de nuestro personal ha sido respetuoso y atento?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC
CONFORT	¿El estado de conservación y limpieza de los vehículos que realizan el servicio es correcto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC
SEGURIDAD	¿Los vehículos disponen de elementos de seguridad (cinturones, extintores, martillos, etc.)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC
IMPACTO AMBIENTAL	¿Considera que los conductores realizan una conducción eficiente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NC

¿Nos gustaría saber su opinión sobre el nuevo Plan de Transporte Metropolitano de Galicia?

SOCITRANSA le agradece su colaboración para ayudarnos a mejorar y valoramos sus opiniones porque nos permitirán mejorar el servicio que ofrecemos