

27ª EDICIÓN PROGRAMA MUNICIPAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN LA NIEVE
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIOS/AS
4 ENERO a 7 MARZO de 2015

Con la finalidad de mejorar nuestro servicio y corregir posibles deficiencias en el mismo, le agradecemos su colaboración respondiendo a las preguntas de este cuestionario, de la manera más precisa posible.

PAQUETE FAMILIAR PAQUETE INDIVIDUAL

SEXO * HOMBRE MUJER EDAD <16 16 a 30 31 a 45 46 >

SI SE TRATA DE UN PAQUETE FAMILIAR INDIQUE POR FAVOR n.º DE MUJERES Y HOMBRES, Y EL NUMERO DE PERSONAS EN CADA GRUPO DE EDAD.

Información e Inscripción

¿Cómo le llegó la información sobre la existencia de esta actividad?

AGENCIA DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA	FOLLETO	WEB	FAMILIAR O AMIGO	OTROS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La atención recibida cuando se inscribió, la califica de:

DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Incluida esta edición, ¿cuántas veces ha viajado con el Ayuntamiento de Madrid con este programa?

Si ha asistido a ediciones anteriores, en términos globales, ¿considera que la actual edición ha sido mejor, igual o peor que años anteriores?

MEJOR	IGUAL	PEOR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Calendario del Programa

DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Califique el calendario de celebración del Programa ofertado en la presente edición.

Transporte

	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
Califique la calidad de los transportes				
Califique la atención recibida durante el viaje				
Valore el cumplimiento de los horarios en los desplazamientos.				
	SI	NO	INCLUYA SUS COMENTARIOS SI LO DESEA	
¿El autocar ha permanecido abierto diariamente durante una hora en el lugar del aparcamiento en que se dejó el autobús en la subida a pista?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿El autocar ha permanecido abierto diariamente a partir de las 16.45 h., estando el conductor pendiente del material depositado en el autobús?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Se han realizado las paradas en ruta en los viajes de ida y vuelta: (1 en viajes a Granada y Formigal, 2 en destinos Andorra)?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL EL SERVICIO DE TRANSPORTES:				

Alojamiento y comidas

	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
Valore en general la calidad de la habitación en la que ha sido alojado/a				
Califique la organización y asignación de las habitaciones.				
Valore el servicio de comidas recibido en el hotel.				
Califique la atención y el trato dispensado por el personal del hotel.				
	SI	NO	INCLUYA SUS COMENTARIOS SI LO DESEA	
En caso de habitación doble, ¿disponía de baño completo, secador de pelo, TV, wifi y teléfono?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
En caso de habitación familiar, ¿la habitación ofrecida tenía tantas camas o sofás-camas como inscritos?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Los desayunos y cenas (tipo buffet o bien servidos en mesas) permitían	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

elegir entre una variedad de 3 primeros, 3 segundos y postres.
 ¿Se servían comidas calientes en restaurantes situados en pistas entre 13.00 y 14.30 horas?
 ¿Se ofrecía una bebida incluida en cada comida y cena?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEFICIENTE 0-4 **REGULAR 5-6** **BUENO 7-8** **MUY BUENO 9-10**

CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL EL ALOJAMIENTO Y LAS COMIDAS, DE 0 A 10:

--	--	--	--

Clases

Valore la organización de los grupos.

Valore el horario de las clases.

Califique la puntualidad de los profesores.

Valore la atención de los profesores hacia los alumnos

Valore el grado en que ha mejorado su nivel de esquí con las clases recibidas

Valore el grado en que las clases respondieron a sus expectativas.

DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10

Sí

No

INCLUYA SUS COMENTARIOS SI LO DESEA

¿El número de alumnos en su grupo ha sido el siguiente...?

Debutantes: no superior a 10.

Resto de grupos: no superior a 12

Personas con discapacidad: entre 1 y 3

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

--

DEFICIENTE 0-4 **REGULAR 5-6** **BUENO 7-8** **MUY BUENO 9-10**

CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL LAS CLASES, DE 0 A 10:

--	--	--	--

Material y Forfait

Califique la organización de la distribución y entrega del material.

Valore la calidad del material proporcionado para las clases.

DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10

	SÍ	No	INCLUYA SUS COMENTARIOS, SI LO DESEA	
¿Le entregaron el siguiente material...? Esquí: tipo <i>carving</i> básico. Snow: gama media o bronce superior. Personas con discapacidad: material adaptado. ¿Le entregaron un forfait válido de lunes a viernes, con uso ilimitado (o de lunes a miércoles, en caso de esquí nórdico)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
CÓMO CALIFICARÍA DE FORMA GLOBAL EL MATERIAL Y EL FORFAIT, DE 0 A 10:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Médico solo familias

	SI	NO		
¿Ha precisado de asistencia médica durante el Programa?	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
En caso afirmativo, califique la disposición y el trato recibido por parte del médico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
Valore la disponibilidad del médico que acompaña la expedición.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SÍ	No	INCLUYA SUS COMENTARIOS, SI LO DESEA	
¿Disponían de una consulta médica programada a diario en el mismo hotel? ¿Disponían de un botiquín puesto a disposición de la expedición por el responsable de la Agencia?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
CÓMO CALIFICARÍA DE MANERA GLOBAL EL SERVICIO MÉDICO DISPONIBLE Y LA ASISTENCIA MÉDICA,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Responsables de la Agencia y el Ayuntamiento

AGENCIA DE VIAJES	DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10
Valore la información facilitada por los responsables de la agencia de viajes.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valore la atención dispensada por los responsables de la agencia de viajes.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
En caso de haber tenido algún problema	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

durante el viaje, califique la solución que le ofreció el responsable de la Agencia.

SI	NO	INCLUYA SUS COMENTARIOS, SI LO DESEA	

¿El responsable de la Agencia se encontró en todo momento perfectamente identificado para facilitar a los usuarios su localización en cualquier momento?
 ¿Le facilitó el responsable de la Agencia su teléfono móvil para cualquier incidente durante esta semana?

DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10

CALIFICACIÓN GLOBAL DEL RESPONSABLE DE LA AGENCIA, de 0 a 10

--	--	--	--

AYUNTAMIENTO

Valore **la información facilitada** por el responsable del Ayuntamiento.
 Valore **la atención dispensada** por el responsable del Ayuntamiento.
 En caso de haber tenido algún problema durante el viaje, califique la solución que le ofreció el responsable del Ayuntamiento.

CALIFICACIÓN GLOBAL DEL RESPONSABLE DEL AYUNTAMIENTO, de 0 a 10.

DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10

Otras cuestiones

Valore la Fiesta de Despedida.

DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10

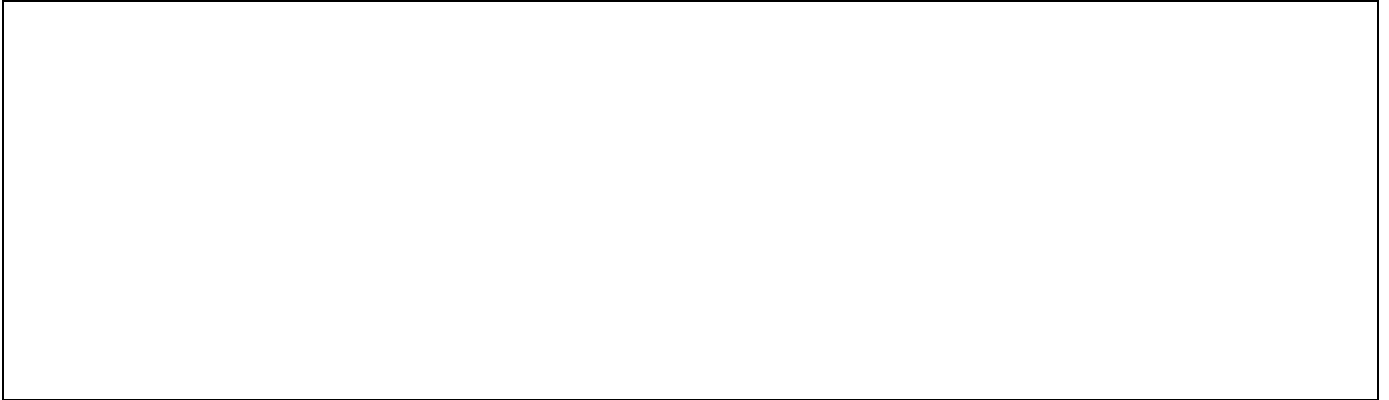
SATISFACCION GLOBAL

Valore la relación precio- calidad del servicio recibido.

CALIFIQUE SU SATISFACCIÓN GLOBAL CON EL PROGRAMA MUNICIPAL DE ACTIVIDADES EN LA NIEVE 2015

DEFICIENTE 0-4	REGULAR 5-6	BUENO 7-8	MUY BUENO 9-10

Para finalizar, indíquenos, si lo cree oportuno, aquellas sugerencias que puedan contribuir a la mejora de la calidad del Programa Municipal de Actividades Deportivas en la Nieve. Resulta de especial importancia que destaque usted las áreas/ámbitos en los que encontró alguna/dificultad/problema y la alternativa que sugiere para su mejora:



MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

En....., a de de 2015