Universität Münster

Rückmeldeformular

Datum: _____

Lob ☐ Kritik ☐ Anregung ☐

Bezug zur PTA Universität Münster (Mitarbeiter*in, Patient*in, etc.)*:

_____

Grund der Rückmeldung:

Ausmaß der Zufriedenheit bzw. Verärgerung (Zutreffendes bitte ankreuzen):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gar nicht					etwas					Sehr hoch

Rückmeldung erwünscht: ja: ☐ nein: ☐

Kontaktdaten*:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung!

*freiwillige Angabe