****

**Sondage – Évaluation du programme CanadaGAP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom (facultatif) :** |  |
| **Coordonnées :** |  |
| **Organisme de certification (exigé)** |  |
| **Désirez-vous qu'un représentant de CanadaGAP vous téléphone ? OUI \_\_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_** |

**Services offerts par l’organisme de certification (OC) :**

**Accordez une note**

**0=Inacceptable --> 5=Excellent**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Rapidité de la réponse de l’organisme de certification **(OC)** |  |
| 2. Professionnalisme du personnel de OC (obligeant, courtois, bien renseigné, etc.) |  |
| 3. Prise de rendez-vous pour l’audit (c.-à-d., audit prévu à la date demandée) |  |
| 4. Réception du rapport d’audit dans les 30 jours ouvrables  |  |
| 5. Réception du certificat dans les 30 jours ouvrables |  |
| 6. Exactitude du certificat |  |
| 7. Exactitude de la facturation de l’audit |  |
| 8. Valeur des services |  |
| 9. Avez-vous eu des problèmes avec les services (rapport d’audit, certificat, facturation, etc.)? *(veuillez décrire)* | OUI 🗌 NON 🗌  |
| 10. Dans l’affirmative, avez-vous contactél’organisme de certification pour leur faire part de ces problèmes? | OUI 🗌 NON 🗌 S/O 🗌 |
| 11. Dans l’affirmative, la situation a-t-elle été réglée à votre satisfaction? | OUI 🗌 NON 🗌S/O 🗌 |
| 12. L’OC vous ont-ils fait parvenir un Sondage sur la satisfaction de la clientèle? | OUI 🗌 NON 🗌 |
| 13. L’avez-vous rempli et retourné? | OUI 🗌 NON 🗌S/O 🗌 |
| 14. Commentaires : |  |

*Suite à la prochaine page…*

**À RETOURNER APRÈS VOTRE AUDIT**

**FAX : 613-829-9379 ou courriel :** **info@canadagap.ca**

245, place Menten, bureau 312, Ottawa (Ontario) K2H 9E8

 **Comportement de l’auditeur**

**Accordez une note**

**0=Inacceptable --> 5=Excellent**

|  |  |
| --- | --- |
| 15. Professionnalisme de l’auditeur (ponctuel, courtois, etc.) |  |
| 16. Auditeur bien renseigné |  |
| 17. Efficacité du processus d’audit |  |
| 18. Étiez-vous en désaccord avec certaines conclusions de l’auditeur?Commentaires, le cas échéant : | OUI 🗌 NON 🗌 |
| 19. Dans l’affirmative, avez-vous contacté l’OC pour leur faire part de votre désaccord? | OUI 🗌 NON 🗌 S/O 🗌 |
| 20. Dans l’affirmative, la situation a-t-elle été réglée à votre satisfaction? | OUI 🗌 NON 🗌S/O 🗌 |
| 21. Commentaires : |  |

 **Services offerts par CanadaGAP**

**Accordez une note**

**0=Inacceptable --> 5=Excellent**

|  |  |
| --- | --- |
| 22. Rapidité de la réponse du personnel du CanadaGAP |  |
| 23. Professionnalisme du personnel du CanadaGAP (obligeant, courtois, bien renseigné, etc.) |  |
| 24. Avez-vous eu recours au personnel du CanadaGAP pour régler aucun problème? | OUI 🗌 NON 🗌 |
| 25. Dans l’affirmative, l’aide offerte par le personnel du CanadaGAP était-elle adéquate? | OUI 🗌 NON 🗌S/O 🗌 |
| 26. Avez-vous rencontré des difficultés avec les services du CanadaGAP (formulaire d’inscription, processus d’inscription, facturation, etc.)? *(veuillez décrire)* | OUI 🗌 NON 🗌  |
| 27. Dans l’affirmative, avez-vous contacté le CanadaGAP pour leur faire part de ces problèmes? | OUI 🗌 NON 🗌 S/O 🗌 |
| 28. Dans l’affirmative, la situation a-t-elle été réglée à votre satisfaction? | OUI 🗌 NON 🗌S/O 🗌 |
| 29. Autres commentaires ou suggestions d’amélioration *[ajoutez une page de commentaires au besoin] :* |  |

**À RETOURNER APRÈS VOTRE AUDIT**

**FAX : 613-829-9379 ou courriel :** **info@canadagap.ca**

245, place Menten, bureau 312, Ottawa (Ontario) K2H 9E8