Приложение № 3

к Порядку отбора предложений для открытия точки питания для обучающихся и работников НИУ ВШЭ в здании по адресу: г. Москва, ул. Старая Басманная, д. 21/4, стр. 1

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ**

|  |
| --- |
|  |

*Наименование компании-организатора питания*

|  |
| --- |
|  |

*Наименование посещаемой организации*

**1.** **Внешний вид пункта питания**

(чистота помещения, столов, столовых приборов, подносов; наличие салфеток на столах; внешний вид обслуживающего персонала)

Общая оценка по 10-балльной шкале:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**2.** **Оценка ассортимента продукции**

|  |  |
| --- | --- |
| Количество горячих напитков |  |
| Количество холодных напитков |  |
| Количество наименований буфетной  продукции |  |

**3. Наличие в меню диетических продуктов питания**

Есть Нет

**4.** **Оценка качества напитков по 10-балльной шкале**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**5.** **Оценка качества продуктов питания по 10-балльной шкале**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**6.** **Оценка скорости обслуживания:**

Быстрое Среднее Медленное

7. **Дополнительные комментарии**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. Подпись Дата обследования