Приложение 3

к Порядку отбора предложений для открытия пунктов питания для обучающихся и работников НИУ ВШЭ в комплексе зданий «Шаболовка», расположенном по адресу: Москва, ул. Шаболовка, д.26, стр.4; д.28/11, стр. 2

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ**

|  |
| --- |
|  |

*Наименование компании-организатора питания*

|  |
| --- |
|  |

*Наименование посещаемой организации*

**1.** **Внешний вид пункта питания**

(чистота помещения, столов, столовых приборов, подносов; организация сбора использованной посуды; 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 наименований первых блюд |  |
| Количество наименований вторых блюд |  |
| Количество наименований закусок |  |

 Количество наименований гарниров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Наличие в меню диетических блюд**

 Есть Нет

**4. Комплексный обед**

 Есть Нет

|  |  |
| --- | --- |
| Стоимость, руб.  |  |
| Время продажи |  |

**5.** **Оценка качества блюд 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