Приложение № 3

к Порядку конкурсного отбора контрагента для заключения договора безвозмездного пользования помещениями   
НИУ ВШЭ в целях организации питания в комплексе зданий

по адресу: г. Москва, Покровский бульвар, д.11

**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 5-балльной шкале: 1 2 3 4 5

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

|  |  |
| --- | --- |
| Количество наименований первых блюд |  |
| Количество наименований вторых блюд |  |
| Количество наименований закусок |  |

**3. Наличие в меню диетических блюд**

Есть Нет

**4. Комплексный обед**

Есть Нет

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

**5.** **Оценка качества блюд по 5-балльной шкале**

1 2 3 4 5

**6. Средний чек (цена полного обеда), руб.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7.** **Оценка скорости обслуживания:**

Быстрое Среднее Медленное

8. **Дополнительные комментарии**

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

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

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

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

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

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

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

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

Ф.И.О. Подпись Дата обследования