

APPENDIX L-2. INVITATION TO Z-CAN PHYSICIANS TO PARTICIPATE IN ONLINE SURVEY

Form Approved
OMB Number: 0920-XXXX
Expiration Date: XX/XX/XXXX

¡Gracias por ser un proveedor de Z-CAN! Estamos realizando una encuesta a todos los proveedores de Z-CAN como usted (alrededor de 150) para que nos cuente su experiencia con el Programa, y nos indique sugerencias para mejorarlo. La encuesta le tomará unos 15 minutos de su tiempo. Su participación es completamente voluntaria y elegir no participar no afectará en absoluto su obtención de servicios mediante el Programa Z-CAN. Sus respuestas no serán vinculadas a su nombre, ni a ninguna información que le pueda identificar.

Por favor, haga clic en el enlace que verá a continuación para aprender más sobre la encuesta o comenzarla. ¡Sus opiniones son muy importantes para nosotros!

[Enlace]