

Feedbackformular

Name: _____

Institution oder Kundennummer, wenn vorhanden: _____

Abteilung: _____

Bewertungsschema:	Symbol:	In Worten:
	☺☺	Sehr zufrieden
	☺	Zufrieden
	☹	Neutral
	☹☹	Unzufrieden

1. Frage

Wie bewerten Sie die Qualität unserer Produkte im Hinblick auf die folgenden Punkte?

	Nicht relevant	☺☺	☺	☹	☹☹
Ausführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsumfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preis-Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Frage

Wie bewerten Sie unsere Leistungen im Bereich Kundenbetreuung?

	Nicht relevant	☺☺	☺	☹	☹☹
Beratungsleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaktionszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lösen von kundenspezifischen Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Frage

Wie bewerten Sie die Leistungen unserer Mitarbeiter?

	Nicht relevant	☺☺	☺	☹	☹☹
Freundlichkeit der Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetenz der Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Frage

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit uns?

	Nicht relevant	☺☺	☺	☹	☹☹
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Frage

Haben Sie noch weitere Wünsche oder Anregungen?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unseren Fragebogen auszufüllen

RÜCKANTWORT PER FAX: +49 (0) 40 723 747 11 oder Email: mueller@insitumed.com