**بسمه تعالی**

**شرکت تجهیزات پزشکی**

**پل سلامت ایرانیان**

واحد خدمات پس از فروش

فرم عملکرد شرکت در مورد وضعیت محصول و خدمات پس از فروش

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | عالی | بسیار خوب | خوب | متوسط | ضعیف |
| 1. وضعیت محصول : |  |  |  |  |  |
| 1. عملکرد |  |  |  |  |  |
| 1. ایمنی |  |  |  |  |  |
| 1. طراحی |  |  |  |  |  |
| 1. قابلیت اطمینان |  |  |  |  |  |
| 1. اثر بخشی |  |  |  |  |  |
| 1. قیمت |  |  |  |  |  |
| 1. تناسب با محیط زیست |  |  |  |  |  |
| 1. مزیت نسبت به محصولات مشابه |  |  |  |  |  |
| 1. وضعیت خدمات پس از فروش |  |  |  |  |  |
| 1. تحویل به موقع دستگاه |  |  |  |  |  |
| 1. کیفیت نصب و راه اندازی |  |  |  |  |  |
| 1. کیفیت آموزش |  |  |  |  |  |
| 1. وضعیت مستندات علمی و فنی دستگاه |  |  |  |  |  |
| 1. توانایی علمی و فنی کارکنان بخش خدمات |  |  |  |  |  |
| 1. رفتار و برخورد کارکنان شرکت |  |  |  |  |  |
| 1. سرعت پاسخگویی شرکت |  |  |  |  |  |
| 1. خدمات مربوط به نگهداری پیشگیرانه |  |  |  |  |  |
| 1. توجه به نظرات مشتریان |  |  |  |  |  |
| 1. وضعیت رسیدگی به شکایات مشتریان |  |  |  |  |  |
| 1. گارانتی |  |  |  |  |  |
| 1. پشتیبانی فنی |  |  |  |  |  |
| 1. نحوه تامین قطعات یدکی |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| سایر نظرات و پیشنهادات : |

نام و امضاء عنوان تکمیل کننده :