**بسمه تعالی**

**شرکت تجهیزات پزشکی**

**پل سلامت ایرانیان**

واحد خدمات پس از فروش

فرم ارزیابی رضایت مشتریان

|  |  |
| --- | --- |
| 1 - شماره فرم : | 2 - تاریخ تنظیم : ...../....../....... |
| 3 - نام وسیله : | 4 – مدل وسیله : |
| 5- شماره شناسه / کاتالوگ وسیله : | 6 – شماره سریال وسیله : |
| 7 – نام کمپانی سازنده / واسطه : شرکت نمایندگی : | |
| 8 – مشخصات مشتری :  نام مرکز : سمت :  آدرس :  تلفن : نمابر : e-mail : | |
| 9 – مدت زمان استفاده از وسیله : | |
| 10 – نحوه دریافت پرسشنامه از مشتری :  حضوری 🞎 پست 🞎 فکس 🞎 e-mail 🞎 سایر ..................... | |
| 11 – نظر کاربر وسیله : | |
| 12 – نظر مسئول بخش مربوطه : | |
| 13 – مشخصات فرد تکمیل کننده فرم : | |