**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 : |