**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 :