



فرم نظرسنجی مشتریان

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	کد ملی:
نام نماینده:	تاریخ خرید:	محصول:

برخورد کارمندان شرکت با مشتریان (در مذاکرات حضوری، تلفنی، مکاتبات و...)

<input type="radio"/> خیلی خوب	<input type="radio"/> خوب	<input type="radio"/> متوسط	<input type="radio"/> ضعیف	<input type="radio"/> خیلی ضعیف	ارزیابی کلی از کیفیت خدمات ارائه شده
<input type="radio"/> خیلی خوب	<input type="radio"/> خوب	<input type="radio"/> متوسط	<input type="radio"/> ضعیف	<input type="radio"/> خیلی ضعیف	میزان رضایت از قیمت محصول
<input type="radio"/> خیلی خوب	<input type="radio"/> خوب	<input type="radio"/> متوسط	<input type="radio"/> ضعیف	<input type="radio"/> خیلی ضعیف	دسترسی به نمایندگان فروش
<input type="radio"/> خیلی خوب	<input type="radio"/> خوب	<input type="radio"/> متوسط	<input type="radio"/> ضعیف	<input type="radio"/> خیلی ضعیف	نحوه برخورد نمایندگان فروش
<input type="radio"/> خیلی خوب	<input type="radio"/> خوب	<input type="radio"/> متوسط	<input type="radio"/> ضعیف	<input type="radio"/> خیلی ضعیف	میزان سرعت عمل در انجام کار
<input type="radio"/> خیلی خوب	<input type="radio"/> خوب	<input type="radio"/> متوسط	<input type="radio"/> ضعیف	<input type="radio"/> خیلی ضعیف	آیا از نحوه پرداخت هزینه خسارت راضی بوده اید؟
<input type="radio"/> خیلی خوب	<input type="radio"/> خوب	<input type="radio"/> متوسط	<input type="radio"/> ضعیف	<input type="radio"/> خیلی ضعیف	

امضا خریدار: