

Feedbackbogen

Kundennummer
D

Angaben zum Kunden	
Firma:	_____
Ansprechpartner:	_____
E-Mail:	_____
Ansprechpartner Golmed:	_____

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um uns mitzuteilen, wie wir unseren Service noch verbessern können.

		1	2	3	4	5	0
		sehr zufrieden	zufrieden	weder/noch	unzufrieden	sehr unzufrieden	nicht bewertbar
1	Wie bewerten Sie die Qualität unserer Produkte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wie bewerten Sie die Liefertermine/Lieferzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wie beurteilen Sie die Beratung durch den Innendienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Wie beurteilen Sie die Betreuung durch unseren Außendienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit Ihrer Ansprechpartner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wie zufrieden sind Sie mit der Verpackung unserer Produkte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Wie empfinden Sie die Gestaltung unseres Produktkatalogs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wie empfinden Sie die Gestaltung unseres Internetauftritts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf nächster Seite

Feedbackbogen

Was möchten Sie positiv hervorheben?

Was könnten wir ändern, damit wir noch besser werden?

Feedbackfragebogen ausgefüllt durch: _____

Datum

Unterschrift/ Firmenstempel

Vielen Dank für Ihr Feedback!