



Kundenfeedback

Firmenname: _____
Kontaktperson: _____
E-Mail: _____
Telefon: _____
Land _____

Bewertungsthemen

Produktbezeichnung _____

#	Bewertung	1	2	3	4	5
1	Produktqualität - Leistungsfähigkeit					
2	Produktqualität - physische Produkteigenschaften					
3	termingerechte Lieferung					
4	Preisgestaltung					
5	Service & Reaktionszeit					
6	weitere Hinweise (bitte erläutern Sie diese unten)					

Bewertung: **1- Sehr unzufrieden, 2 - Unzufrieden, 3 - Akzeptabel, 4 - Gut, 5 - Ausgezeichnet**

Bemerkungen: _____

Basierend auf Ihren Erfahrungen, würden Sie SFM Hospital Products anderen empfehlen?

ja		nein		weiß nicht	
----	--	------	--	------------	--

Name, Unterschrift	Stempel (falls vorhanden)	Datum
---------------------------	----------------------------------	--------------

**Vielen Dank für Ihr wertvolles Feedback, das wir nutzen werden, um unsere Produkte und unseren Service für Sie zu verbessern.
Bitte senden Sie uns nach Abschluss Ihrer Bewertung eine E-Mail an shop@sfm-berlin.de.**

Einwilligung zur Datenspeicherung
Ich willige mit Absenden des Erhebungsbogens ein, dass meine Angaben zum Feedback und Zuordnung für eventuelle Rückfragen dauerhaft gespeichert werden. Hinweis: Diese Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, indem Sie eine E-Mail an shop@sfm-berlin.de schicken.