



Ihre Zufriedenheit ist unser Antrieb!

Deswegen möchten wir uns
ständig für Sie verbessern.

Ob technischer Serviceeinsatz, Lösungskompetenz
der Hotline, Verlauf Ihrer Installation oder Lieferung
von Verbrauchsmaterial - sagen Sie uns, wie gut
wir Ihre Erwartungen erfüllt haben.

Dabei freuen wir uns über ein Lob genauso wie
über fundierte Kritik und Verbesserungsvorschläge.



Sagen Sie uns, wie Ihnen unser Service gefällt.

Und lassen Sie uns wissen, was es zu verbessern gibt.

Praxisname: _____

Name: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen nach dem Schulnotensystem: 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

Service vor Ort	
Terminplanung: _____	1 2 3 4 5 6
Technik-Einsatz: _____	1 2 3 4 5 6
Anwendungsberatung: _____	1 2 3 4 5 6
Vertriebliche Betreuung: _____	1 2 3 4 5 6
Lösung erbracht: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hotline-Support	
Erreichbarkeit, Reaktionszeit: _____	1 2 3 4 5 6
Freundlichkeit: _____	1 2 3 4 5 6
Online-Service-Portal: _____	1 2 3 4 5 6
Technischer Support: _____	1 2 3 4 5 6
Lösung erbracht: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wie gut haben wir insgesamt Ihre Erwartungen erfüllt: _____	
Würden Sie uns weiterempfehlen? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ja, ich möchte zukünftig auch per E-Mail über Lösungen aus dem Hause PHARMATECHNIK / LinuDent informiert werden und abonniere hiermit den Newsletter, der mir und meinem Team regelmäßig nützliche Informationen und aktuelle News aus der Branche bietet.

Meine E-Mail Adresse(n): _____

Bitte faxen Sie uns diese Seite unserer Zufriedenheitsumfrage ausgefüllt an die folgende Faxnummer zurück. Vielen Dank.

08151 / 444 27 444



Wir freuen uns über ein Lob genauso wie über Kritik und Verbesserungsvorschläge, die Sie uns hier gerne mitteilen können.

Hiermit willige ich ein, dass meine hier gemachten Angaben inkl. möglicher Bilder von der PHARMATECHNIK GmbH & Co. KG zu eigenen Marketingzwecken genutzt werden. Ich kann jederzeit mein Einverständnis für die Nutzung schriftlich widerrufen.

Stempel Praxis

Datum, Unterschrift