

Ziacom Medical SL
Calle Búhos, 2
28320 Pinto - Madrid - ESPAÑA
Tfno.: +34 91 723 33 06
info@ziacom.com - www.ziacom.com
C.I.F.: B-84115195 | VAT No.: ESB-84115195

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE Y SEGUIMIENTO DE PRODUCTOS POSTMARKET

Con el fin de mejorar nuestros servicios y la satisfacción de nuestros clientes le rogamos cumplimente este cuestionario, marcando con un *tick* el grado de su percepción con el servicio y reenvíe el mismo a Ziacom®. Gracias por adelantado por colaborar con nosotros para ayudarnos a mejorar.

| CUESTIONARIO SIMPLIFICADO | Nada | En parte | Suficiente | Bastante | Por completo |
|--|------|----------|------------|----------|--------------|
| 1. Califique el nivel de usabilidad de nuestros productos. | | | | | |
| 2. Califique el nivel de comodidad a la hora de usar el formato de envase de nuestros implantes. | | | | | |
| 3. ¿Cuál es su nivel de satisfacción derivado del uso de los productos Ziacom? | | | | | |
| 4. ¿Se ajusta la oferta presentada a sus necesidades? | | | | | |
| 5. Indique su nivel de satisfacción con el servicio postventa de Ziacom® | | | | | |
| 6. ¿En qué grado se ha cumplido los plazos de entrega de pedidos? | | | | | |
| 7. Califique su grado de satisfacción con el asesoramiento recibido por parte del personal comercial de Ziacom®. | | | | | |
| 8. Califique su grado de satisfacción general con Ziacom®. | | | | | |
| 9. Valore en qué grado el portfolio de Ziacom® cubre sus necesidades. | | | | | |
| 10. Indique su nivel de satisfacción con el departamento de resolución de incidencias. | | | | | |

DATOS DE LA CLÍNICA DE ENTREGA

Datos de la clínica obligatorios*

Nombre clínica*

Persona contacto*

Fecha*

Dirección completa*

FIRMA

SELLO CLIENTE