

## Ihre Meinung ist uns sehr wichtig!

**nemecs GmbH**  
Tuchmacherstr. 12a  
84524 Neuötting  
Tel. 08671-88 54 -0  
Fax 08671-88 54 -20  
email: info@nemecs.de  
Internet: www.nemecs.de

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor, sehr geehrtes Praxisteam,

herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, unseren Beurteilungsbogen auszufüllen.


Sie unterstützen damit unsere Bemühungen, unsere Serviceleistung und die damit verbundene persönliche Betreuung ständig zu verbessern.

Wir freuen uns über Verbesserungsvorschläge genauso wie über Kritik und werden Ihre Antworten selbstverständlich vertraulich behandeln.

**Ihr nemecs Team**

**Per Fax bitte an 08671 88 54 20**

### Einschätzung unserer erbrachten Serviceleistung

						
	1	2	3	4	5	6
1. Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Einweisung/Installation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. zeitnahe Umsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist Ihr Auftrag zu Ihrer Zufriedenheit umgesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was können wir zukünftig anders/besser machen?

---

---

Dürfen wir Ihre Praxis in unserer Referenzliste führen?

Ja, ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Praxis auf der Referenzliste der nemecs/medatixx erscheinen.

Bitte informieren Sie uns zukünftig per Fax über aktuelle Aktionen und Angebote aus Ihrem Hause.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Praxisstempel/Unterschrift**