

فرم نظر سنجی

نام و نام خانوادگی مشتری :	نام شرکت :
شهر :	شماره تماس :
مدل کالا :	نوع کالا :

ضعیف	متوسط	خوب	عالی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

میزان رضات شما از خدمات پس از فروش ؟

ضعیف	متوسط	خوب	عالی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

میزان رضایت شما از پرسنل فروش یا خدمات پس از فروش ؟

بله	خیر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

کارشناس خدمات به اندازه کافی خوش قول بوده اند؟

بله	خیر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

در دوره ی گارانتی هزینه ای از شما دریافت کرده اند؟