

# INBETRIEBNAHME TEILNEHMER ANMELDUNG

EINRICHTUNG: \_\_\_\_\_ DATUM DER INBETRIEBNAHME: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Bundesstaat: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Seriennummer des Equipments: \_\_\_\_\_

ERSTINBETRIEBNAHME

VERFOLGUNG NACH INBETRIEBNAHME

DRUCKBUCHSTABEN NAME	TITEL	UNTERSCHRIFT

Wenn Sie weitere Teilnehmer anlegen wollen, verwenden Sie bitte ein weiteres Blatt!

*Damit wir unseren Kundendienst weiterhin auf dem höchsten Niveau halten können, nehmen Sie sich bitte einen Augenblick Zeit und antworten Sie auf die folgenden Aussagen zur heutigen Inbetriebnahme. (1 = muss deutlich verbessert werden, 5 = ausgezeichnet)*

*1. Das Fachpersonal hat Unterlagen bereitgestellt und die Schulung so angepasst, dass die Teilnehmer sich für den Gebrauch unseres MEDIVATORS-Erzeugnisses sicher fühlen.*

1    2    3    4    5

*2. Das Fachpersonal war professionell, ansprechbar und kenntnisreich.*

1    2    3    4    5

*3. Das Fachpersonal hat vor der Inbetriebnahme klar und deutlich mit mir kommuniziert und ich würde mich gern für weitere Unterstützung mit Ihnen in Verbindung setzen.*

1    2    3    4    5

*Bitte fügen Sie spezielle Kommentare an, die Sie machen möchten* \_\_\_\_\_

Vertreter der Einrichtung: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_  
(Name in Druckbuchstaben) (Unterschrift)

Name des Beauftragten für Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
(Name in Druckbuchstaben) (Unterschrift)

o Sorgen Sie bitte dafür, dass Ihre Meinung vertraulich bleibt. Verschießen Sie bitte das ausgefüllte Formular in dem mitgelieferten, adressierten und frankierten Briefumschlag. Alternativ kann das ausgefüllte Formular direkt an MEDIVATORS unter der Nummer 0031 45 5429695 per Telefax geschickt werden.