

اطلاعات شرکت

نام شرکت فارسی :	نام شرکت لاتین :		
آدرس پستی شرکت :			
شناسه ملی شرکت:	تاریخ ثبت شرکت:	شماره ثبت:	
نام مدیرعامل:	شماره تماس :	تلفن ثابت:	
آدرس سایت شرکت:	آدرس ایمیل شرکت:		
نام مسئول/نماینده مدیریت:	شماره تماس:	آدرس ایمیل:	
خدمات قابل ارائه :			

سابقه های کاری

نام محصول/گروه محصول که خدمات پس از فروش ارائه می دهید	اسم تولید کننده اصلی	مدت زمان نمایندگی	تاییدیه ها/گواهینامه*	تعداد شکایت	درصد رضایمندی مشتریان*

تعداد کارکنان براساس مقطع تحصیلات

مقطع تحصیلی	دکتری	فوق لیسانس	لیسانس	فوق دیپلم	دیپلم	جمع
تعداد کارکنان	تمام وقت					
	نیمه وقت					

*مستندات مربوطه بصورت پیوست ارسال شود.

لطفا سوالات زیر را با دقت پاسخ دهید:

ردیف	سوال	شرح
۱	آیا مدارک سیستم مدیریت کیفیت شامل نظامنامه، روش، دستورالعملها (QMS) در سازمان جاری است؟	تشریح خلاصه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
۲	آیا تاکنون شکایت، فراخوان یا گزارش‌هایی درباره نقص خدمات یا عملکرد شرکت ثبت شده است؟	تشریح خلاصه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
۳	آیا شرکت برای کارکنان خود دوره‌های آموزشی ضمن خدمت درباره محصولات، استانداردها و تکنولوژی‌های جدید و نیاز مشتری برگزار می‌کند؟	تشریح خلاصه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
۴	میزان آشنایی با IQ-OQ-PQ و مستندات مربوطه را توضیح دهید	تشریح خلاصه:
۵	نحوه پوشش دهی گستره جغرافیایی را توجه به تجهیزات فروخته شده توضیح دهید	تشریح خلاصه:
۶	آیا مستندات و گزارش‌های مربوط به خدمات ارائه شده نگهداری می‌شود؟	تشریح خلاصه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
۷	آیا الزامات قرارداد نمایندگی خدمات پس از فروش مطابق آیین نامه اداره کل تجهیزات پزشکی لحاظ شده است؟	تشریح خلاصه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
۸	نحوه نظارت شرکت برافرادیکه خدمات پس از فروش انجام می‌دهند؟	تشریح خلاصه:
۹	آیا شرکت شکایت‌های خدمات پس از فروش دریافتی را از طریق سامانه MDR انجام می‌دهد؟	تشریح خلاصه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
۱۰	نحوه ذخیره احتیاطی مناسب برای تامین و نگهداری قطعات یدکی مورد نیاز متناسب با دستگاههای فروخته شده	تشریح خلاصه:
۱۱	نحوه ارائه دستگاه جایگزین در طول مدت ارسال دستگاه معیوب به شرکت و یاکمپانی اصلی	تشریح خلاصه:

۱۲	نحوه تدوین و بازنگری دفترچه راهنمای دستگاه براساس نیازمندیها/تغییرات تکنولوژی و سطح ریسک		تشریح خلاصه:
۱۳	نحوه آموزش پرسنل درون سازمانی(شرکت)		تشریح خلاصه:
۱۴	مکانیزم آموزش مشتریان ونحوه برنامه ریزی دوره های باز آموزی		تشریح خلاصه:
۱۵	نحوه ثبت مدیریت دانش کارکنان خدمات پس از فروش		تشریح خلاصه:
۱۶	نحوه شناسایی ریسک وبرنامه ریزی برای کاهش ریسکهای خدمات پس ازفروش		تشریح خلاصه:
۱۷	نحوه اجرای PMS در خدمات پس از فروش		تشریح خلاصه:
۱۸	آیا خدمات شما شامل پشتیبانی ۲۴ ساعته است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تشریح خلاصه:
۱۹	آیا شرکت تاکنون جایزه، گواهینامه ، افتخار یا دستاورد در حوزه تجهیزات پزشکی کسب کرده است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تشریح خلاصه:
۲۰	آیا شرکت در دو سال اخیر در نمایشگاههای داخلی یا خارجی شرکت کرده است؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام نمایشگاه:
۲۱	آیا در فرآیند خدمات پس از فروش از نرم افزار خاصی استفاده می نمایید وروشهای ودستورالعملهای مستند برای P.M-E.M وجود دارد؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تشریح خلاصه:
۲۲	گامهای لازم برای فرایند قبل از نصب وحين نصب دستگاه رادر محل مشتری توضیح دهید	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تشریح خلاصه:
۲۳	نحوه تصدیق/کنترل کیفی/کالیبراسیون دستگاه ها درصورت واجد شرایط بودن رابصورت مستند بیان فرمایید		تشریح خلاصه:
۲۴	حداکثر زمان مورد نیاز جهت حضور نیروهای خدمات پس از فروش در محل مشتری وعودت دستگاه درصورت نیازبا اشاره به پروتوکلهای مربوطه		تشریح خلاصه:
۲۵	آیا سندهای هزینه های خدمات پس از فروش مطابق آیین نامه اداره کل انجام می پذیرد ؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تشریح خلاصه:
۲۶	نحوه رعایت گارانتی/ وارانتهی مطابق با ضوابط اداره کل تجهیزات پزشکی رابامستندات توضیح دهید		
۲۷	آیا شرکت برنامه ای برای کاهش اثرات تحریمها بر تأمین و خدمات پس از فروش بهینه تجهیزات پزشکی در نظر دارد؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تشریح خلاصه:
مشخصات تکمیل کننده			
نام و نام خانوادگی:	سمت:	تاریخ تکمیل:	مهر و امضاء: