|  |
| --- |
|  **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 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **لطفا سوالات زیر را بادقت پاسخ دهید:** |
| ردیف | سوال | شرح |
| 1 | آیا مدارک سیستم مدیریت کیفیت شامل نظامنامه،روش،دستورالعملها ((QMS در سازمان جاری است؟ | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| 2 | آیا تاکنون شکایت، فراخوان یا گزارش‌هایی درباره نقص خدمات یا عملکرد شرکت ثبت شده است؟ | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| 3 | آیا شرکت برای کارکنان خود دوره‌های آموزشی ضمن خدمت درباره محصولات، استانداردها و تکنولوژی‌های جدید ونیاز مشتری برگزار می‌کند؟ | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| 4 | میزان آشنایی با IQ-OQ-PQ ومستندات مربوطه را توضیح دهید |  | تشریح خلاصه: |
| 5 | نحوه پوشش دهی گستره جغرافیایی را توجه به تجهیزات فروخته شده توضیح دهید |  | تشریح خلاصه: |
| 6 | آیا مستندات و گزارش‌های مربوط به خدمات ارائه‌شده نگهداری می‌شود؟ | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| 7 | آیا الزامات قرارداد نمایندگی خدمات پس از فروش مطابق آیین نامه اداره کل تجهیزات پزشکی لحاظ شده است؟ | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| 8 | نحوه نظارت شرکت برافرادیکه خدمات پس از فروش انجام می دهند؟ |  | تشریح خلاصه: |
| 9 | آیا شرکت شکایت های خدمات پس از فروش دریافتی را از طریق سامانهMDR انجام می دهد؟ | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| 10 | نحوه ذخیره احتیاطی مناسب برای تامین ونگهداری قطعات یدکی مورد نیازمتناسب با دستگاههای فروخته شده |  | تشریح خلاصه: |
| 11 | نحوه ارائه دستگاه جایگزین در طول مدت ارسال دستگاه معیوب به شرکت ویاکمپانی اصلی |  | تشریح خلاصه: |
| 12 | نحوه تدوین و بازنگری دفترچه راهنمای دستگاه براساس نیازمندیها/تغییرات تکنولوژی وسطح ریسک |  | تشریح خلاصه: |
| 13 | نحوه آموزش پرسنل درون سازمانی(شرکت) |  | تشریح خلاصه: |
| 14 | مکانیزم آموزش مشتریان ونحوه برنامه ریزی دوره های باز آموزی |  | تشریح خلاصه: |
| 15 | نحوه ثبت مدیریت دانش کارکنان خدمات پس از فروش |  | تشریح خلاصه: |
| 16 | نحوه شناسایی ریسک وبرنامه ریزی برای کاهش ریسکهای خدمات پس ازفروش |  | تشریح خلاصه: |
| 17 | نحوه اجرای PMS در خدمات پس از فروش |  | تشریح خلاصه: |
| 18 | آیا خدمات شما شامل پشتیبانی ۲۴ ساعته است؟ | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| 19 | آیا شرکت تاکنون جایزه، گواهینامه ، افتخار یا دستاورد در حوزه تجهیزات پزشکی کسب کرده است؟ | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| 20 | آیا شرکت در دو سال اخیر در نمایشگاه‌های داخلی یا خارجی شرکت کرده است؟ | بله □خیر □ | نام نمایشگاه: |
| 21 | آیا درفرآیند خدمات پس از فروش از نرم افرار خاصی استفاده می نمایید وروشهای ودستورالعملهای مستند برای P.M-E.M وجود دارد؟ | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| 22 | گامهای لازم برای فرایند قبل از نصب وحین نصب دستگاه رادر محل مشتری توضیح دهید | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| 23 | نحوه تصدیق/کنترل کیفی/کالیبراسیون دستگاه ها درصورت واجد شرایط بودن رابصورت مستند بیان فرمایید |  | تشریح خلاصه: |
| 24 | حداکثر زمان مورد نیاز جهت حضور نیروهای خدمات پس از فروش در محل مشتری وعودت دستگاه درصورت نیازبا اشاره به پروتوکلهای مربوطه |  | تشریح خلاصه: |
| 25 | آیا سندهای هزینه های خدمات پس از فروش مطابق آیین نامه اداره کل انجام می پذیرد ؟ | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| 26 | نحوه رعایت گارانتی/ وارانتی مطابق با ضوابط اداره کل تجهیزات پزشکی رابامستندات توضیح دهید |  |  |
| 27 | آیا شرکت برنامه‌ای برای کاهش اثرات تحریم‌ها بر تأمین و خدمات پس از فروش بهینه تجهیزات پزشکی در نظر دارد؟ | بله □خیر □ | تشریح خلاصه: |
| مشخصات تکمیل کننده |
| نام و نام خانوادگي: | سمت: | تاریخ تکمیل: | مهر و امضاء: |

\*مستندات مربوطه بصورت پیوست ارسال شود.