|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.