

Wie zufrieden sind Sie mit uns?
Bitte bewerten Sie uns nach Schulnoten (① für „sehr gut“, bitte ankreuzen!).

Anforderung	Note	Ist das wichtig für Sie?
Qualität der Ausführung der Arbeit?	① ② ③ ④ / ⑤	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
Funktionalität?	① ② ③ ④ / ⑤	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
Umsetzung Ihrer Vorgaben?	① ② ③ ④ / ⑤	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
Termineinhaltung?	① ② ③ ④ / ⑤	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
Flexibilität und Kompetenz?	① ② ③ ④ / ⑤	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
Erreichbarkeit?	① ② ③ ④ / ⑤	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
Persönlicher Kontakt?	① ② ③ ④ / ⑤	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
Reklamationsverhalten?	① ② ③ ④ / ⑤	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
Preis-Leistungs-Verhältnis?	① ② ③ ④ / ⑤	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
Erforderliche Genehmigungen oder Zertifizierungen (z.B. ISO 9001)?	① ② ③ ④ / ⑤	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>
Was fehlt Ihnen in der Bewertung?	① ② ③ ④ / ⑤	<input type="checkbox"/> Ja / Nein <input type="checkbox"/>

Was war besonders gut?

Was können wir noch für Sie verbessern? Bitte geben Sie uns Anregungen.

Würden Sie uns weiterempfehlen? JA / NEIN

Name (Fa. und Ansprechpartner):

Datum:

Telefon-Nr. für ggf. Rückmeldungen:
