



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت درمان

فرم بررسی عملکرد شرکت ها

شماره فرم:.....
تاریخ بازبینی:.....
دوره تکمیل:.....

نام شرکت :		نماینده دستگاه:	مارک:
ردیف	موارد مورد ارزیابی	بله	خیر
۱	آیا در زمان خرابی و خواب دستگاه تعمیری، تجهیزات جایگزین از طرف شرکت در اختیار بیمارستان قرار میگیرد؟		
۲	آیا فاکتور صادر شده از طرف شرکت، دارای استانداردهای لازم (سربرگ کمپانی، نام و آدرس کامل و معتبر، وضعیت انحصاری/غیر انحصاری، ممهور به مهر شرکت و ...) می باشد؟		
۳	آیا هزینه های تعمیرات معقول و منطقی می باشد؟		
۴	در صورت ارسال دستگاه یا قطعه به کمپانی اصلی آیا بازه زمانی مورد نظر رعایت شده است؟ (حداکثر ۶ ماه)		
۵	آیا قطعات یدکی نیمه مصرفی پس از تعویض توسط شرکت گارانتی می شوند؟		
۶	آیا مستندات لازم (راهنمای کاربری، چک لیست نگهداشت، برگه گارانتی، راهنمای کاربری سریع، رفع ابراد فوری troubleshooting شرایط نگهداشت و انبارش و) پس از نصب تحویل مرکز شده است؟		
۷	آیا شرکت جهت ارائه آموزش ها در هر زمان از دوره عمر مفید دستگاه همکاری های لازم را جهت برگزاری و صدور گواهینامه معتبر و ارائه محتوای مناسب آموزشی انجام می دهد؟		
۸	آیا با شرکت قراردادهای نگهداری دوره ای طبق ضوابط اداره کل منعقد شده است؟ (در خصوص تجهیزات حیاتی) و شرکت در تعهد به آن عملکرد مطلوبی دارد؟		
۹	آیا شرکت در سایت اداره کل ثبت شده و دارای اعتبار زمانی می باشد؟		
۱۰	با توجه به عملکرد شرکت و نحوه ارائه خدمات آیا در ارائه خدمات پس از فروش، نیاز به شرکت نالت میباشد؟		

دلیل رضایت/عدم رضایت	وضعیت رضایت			پرسش
	عالی	معمولی	ضعیف	
				میزان پاسخگویی شرکت در کلیه ساعات شبانه روز
				نحوه برخورد پرسنل شرکت
				دانش فنی و توانایی پرسنل شرکت
				عملکرد شرکت در زمان گارانتی/اورالتی (زمان و شرایط قانونی، تعهد مکتوب، افزوده شدن زمان خواب)
				ارزیابی حضور کارشناسان و ارائه خدمات (ظرف ۲۴ ساعت در استان تهران)
				رسیدگی به شکایات و پیشنهاد های مرکز و انجام اقدامات اصلاحی توسط شرکت (بررسی و اعلام نتیجه ظرف ۴۸ ساعت)

نام و امضای تکمیل کننده فرم :