

| | |
|------------------------------------------|-------------|
| SUIVI ET SATISFACTION CLIENT | N° : |
| <i>POUR UN SERVICE ENCORE MEILLEUR !</i> | |

| | | |
|--------------|---------------------|-------------------|
| Date : | Nom du technicien : | Rapport Ext. N° : |
| Client : | N° / Client : | Tél : |
| Contact : | Fonction : | Tél. Portable : |
| Adresse : | Email : | |
| NPA / Lieu : | Réf. client : | |

| |
|------------------------------|
| 1. ACCUEIL COMMERCIAL |
|------------------------------|

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Très bien <input type="checkbox"/> | Bien <input type="checkbox"/> | *Moyen <input type="checkbox"/> | *Mauvais <input type="checkbox"/> |
| *Remarque : | | | |

| |
|------------------------------------------------|
| 2. DÉLAI D'ATTENTE AVANT L'INTERVENTION |
|------------------------------------------------|

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Très bien <input type="checkbox"/> | Bien <input type="checkbox"/> | *Moyen <input type="checkbox"/> | *Mauvais <input type="checkbox"/> |
| *Remarque : | | | |

| |
|---------------------------------|
| 3. EXÉCUTION DES TRAVAUX |
|---------------------------------|

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Très bien <input type="checkbox"/> | Bien <input type="checkbox"/> | *Moyen <input type="checkbox"/> | *Mauvais <input type="checkbox"/> |
| *Remarque : | | | |

| |
|-----------------------------------|
| 4. DURÉE DE L'INTERVENTION |
|-----------------------------------|

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Très bien <input type="checkbox"/> | Bien <input type="checkbox"/> | *Moyen <input type="checkbox"/> | *Mauvais <input type="checkbox"/> |
| *Remarque : | | | |

| |
|-------------------------------------|
| 5. COMPÉTENCES DU TECHNICIEN |
|-------------------------------------|

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Très bien <input type="checkbox"/> | Bien <input type="checkbox"/> | *Moyen <input type="checkbox"/> | *Mauvais <input type="checkbox"/> |
| *Remarque : | | | |

| | | |
|-------|----------------|-------------|
| Nom : | Lieu et Date : | Signature : |
| | | |

Avec nos remerciements pour votre confiance

| | | |
|--------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|
| SUIVI NÉCESSAIRE | Téléphonique <input type="checkbox"/> | Visite <input type="checkbox"/> |
| Date agendée : | Date d'exécution : | Visa KALEC : |
| Remarque : | | |
| REMISE DOC/PIÈCES | Documentation <input type="checkbox"/> | Pièces <input type="checkbox"/> |
| Date agendée : | Date d'exécution : | Visa KALEC : |
| Remarque : | | |