|  |
| --- |
| **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗ** |

***Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:***

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα: |  |
| Εταιρεία: |  |
| Ημερομηνία Επίσκεψης: |  |

***Πληροφορίες Εταιρείας και Προμηθευτή:***

|  |  |
| --- | --- |
| Χώρα/Πόλη: |  |
| Διεύθυνση Έδρας: |  |
| Επωνυμία Εταιρείας: |  |
| Αρ. Φορολογικού Μητρώου: |  |
| Αρ. Φ.Π.Α: |  |
| Δραστηριότητα Εταιρείας: |  |
| Όνομα Προμηθευτή: |  |
| Υπεύθυνος Επικοινωνίας: |  |
| Ιστοσελίδα Εταιρείας: |  |
| Τηλέφωνο Εταιρείας: |  |
| Τηλέφωνο λογιστηρίου: |  |
| Κινητό τηλέφωνο υπεύθυνου: |  |
| Φαξ λογιστηρίου: |  |
| Φαξ παραγγελιών: |  |
| Email λογιστηρίου: |  |
| Email παραγγελιών: |  |

***Διοικητικές πληροφορίες:***

|  |
| --- |
| 1. Αριθμός εργαζομένων εταιρείας:

 1-10 11-25 25 και άνω |
| 1. Η ρευστότητα της εταιρείας σας τα τελευταία τρία χρόνια είναι θετική;

 Ναι  Όχι (Παρακαλώ διευκρινίστε: ………………………………………………………………..……………….…….) |
| 1. Τα τελευταία τρία έτη η επιχείρηση σας είναι κερδοφόρα;

 Ναι Όχι  |
| 1. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το ισχυρότερο Ανταγωνιστικό Πλεονέκτημα της επιχείρησης σας; (Επιλέξτε ένα από τα ακόλουθα ή συμπληρώστε κάποιο άλλο.)

Η Χαμηλού Κόστους ΠροϊόνταΗ Ποιότητα Προϊόντων Ποικιλία Προϊόντων Επισκεψιμότητα σε Φαρμακεία  Αναγνωρισιμότητα Ηγετική Θέση στην αγορά Υψηλό Μερίδιο Αγοράς Άλλο: …………………………………………………………………………………….. |

***Κανονιστικές/Συμμορφωτικές Πληροφορίες:***

|  |
| --- |
| 1. Αριθμός εγγραφής σύστασης της Εταιρείας: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….
 |
| 1. Αρ. Άδειας Προμηθευτή: (παρακαλώ όπως προσκομίσετε αντίγραφό της άδειας) ………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..
 |
| 1. Ημερομηνία ανανέωσης Άδειας Προμηθευτή:

………………………………..…………………………………………………………………………………………………………….. |
| 1. Αρ. Άδειας Κυκλοφορίας Φαρμάκου: (αφορά μόνο περίπτωση όπου το προϊόν είναι φάρμακο)

………………………………..…………………………………………………………………………………………………………….. |

***Γενικές / Λειτουργικές Πληροφορίες:***

|  |
| --- |
| 1. Ποιοι είναι οι άμεσοι πελάτες σας;

 Επαγγελματίες Υγείας (Φαρμακοποιοί, Ιατροί) Νοσοκομεία Καταναλωτές Άλλο (Διευκρινίστε: ………………………………………………………………………………………………..) |
| 1. Ποιες είναι οι κατηγορίες προϊόντων εκπροσωπείτε; (Παρακαλώ όπως συμπληρωθεί και αποσταλεί ηλεκτρονικά το έντυπο καινούριου προϊόντος).

 Φάρμακα Παραφάρμακα Δερμοκαλλυντικά Προϊόντα Βιταμίνες / Συμπληρώματα διατροφής Φαρμακευτικά Προϊόντα ψυγείου Άλλο (Διευκρινίστε: ……………………..………………………………………………………………………………..) |
| 1. Ποιος είναι ο συνολικός αριθμός Κωδικών Προϊόντων που διακινούνται από την επιχείρηση σας;…………………………………..……………………………………………………………………………………………………
 |
| 1. Διαθέτετε πάνω από ένα χώρο λειτουργίας (π.χ. κέντρο διανομής);

 Όχι  ΝαιΌνομα Υπεύθυνου: ………………………………………………………………………………………………………Τηλέφωνο επικοινωνίας: ………………………………………………………………………………..…………… |
| 1. Έχετε παγκύπρια διανομή των προϊόντων σας;

 Ναι  Όχι (Αν όχι με ποια φαρμακαποθήκη διανομής συνεργάζεστε; Π.χ. Pharmalink) ………………………………………………………………………………………………………………………………………….…. |
| 1. Ποιος είναι ο μέσος Χρόνος Παράδοσης (σε ώρες) προϊόντων μιας παραγγελίας από την ημέρα Παραγγελιοληψίας από την ΚΕ.ΔΙ.ΦΑ.Π;

………………………………………………………………………….………………………………………………………………… |
| 1. Με ποιο τρόπο θα αποστέλλετε τα προϊόντα σας στην ΚΕΔΙΦΑΠ;

 με Ιδιωτικά Οχήματα με Οχήματα/Φορτηγά-Ψυγεία με υπηρεσία 3PL (Διευκρινίστε εταιρεία: ………………………………………………………………………)  με ταξί (Διευκρινίστε εταιρεία:……………………………………………….………………………………………) Άλλο (Διευκρινίστε:……………………………………………….………………………………………) |
| 1. Διαθέτετε σύστημα ελέγχου θερμοκρασίας στα οχήματα σας κατά την μεταφορά των προϊόντων σας;

 Ναι Όχι  |
| 1. Με ποιό τρόπο λαμβάνετε τις παραγγελίες στην εταιρεία σας;

 Fax Email  |
| 1. Επιθυμητή ημέρα καταχώρησης παραγγελίας από την ΚΕΔΙΦΑΠ:

 Δευτέρα Τρίτη Τετάρτη  Πέμπτη Παρασκευή Οποιαδήποτε  |
| 1. Τι υλικά χρησιμοποιείται κατά την παράδοση των προϊόντων μιας παραγγελίας σας;

 Χάρτινο κιβώτιο Πλαστικό κιβώτιο Σακούλι Παλέτα  Άλλο (διευκρινίστε): ……………………………………………………………………………………………….. |
| 1. Ποια η συχνότητα παράδοσης των προϊόντων σας;

 1 φορά την εβδομάδα (Διευκρινίστε ημέρα:…………………………………………..……………) 2 φορές την εβδομάδα (Διευκρινίστε ημέρα:…………………………………………..……..……) Άλλο (Διευκρινίστε:………………………………………………….…………………….……………………) |
| 1. Όσον αφορά την πολιτική επιστροφών σας για τα ληξιπρόθεσμα/ληγμένα προϊόντα δέχεστε επιστροφές:

 6 μήνες πριν τη λήξη του προϊόντος 1 μήνα πριν τη λήξη του προϊόντος  Άλλο (Διευκρινίστε:……………………………………………….………………………………………)Διευκρινίστε αν ισχύει για όλα τα προϊόντα σας: …………………………………………………… |
| 1. Με ποιό τρόπο χειρίζεστε τα σπασμένα/κατεστραμένα κατά την μεταφορά – παράδοση προϊόντα;

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. Με ποιό τρόπο χειρίζεστε μια παραγγελία σας που είναι Ελλειμματική / Προβληματική;

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. Με ποιο τρόπο χειρίζεστε τις ελλείψεις αποθέματος;

 Τηλέφωνο Fax Email  Καμία ενέργεια Ενημέρωση στα Φαρμακεία |
| 1. Με ποιο τρόπο χειρίζεστε ένα προϊόν σας που ήταν σε έλλειψη είναι πάλι διαθέσιμο;

 Τηλέφωνο Fax Email  Καμία ενέργεια Ενημέρωση στα Φαρμακεία |
| 1. Σε περίπτωση που σας ζητηθεί μπορείτε να κάνετε έκτακτες παραδόσεις στην ΚΕΔΙΦΑΠ;

 Ναι (Διευκρινίστε: ………………………………………………………………………………………………….) Όχι |
| 1. Με ποιο τρόπο ενημερώνετε τους πελάτες σας για αλλαγές που αφορούν Προσφορές Προϊόντων;

 Τηλέφωνο Fax Email  Άλλο Καμία ενέργεια  |
| 1. Με ποιο τρόπο ενημερώνετε τους πελάτες σας για αλλαγές που αφορούν Τιμές Προϊόντων;

 Τηλέφωνο Fax Email  Άλλο Καμία ενέργεια  |
| 1. Με ποιο τρόπο ενημερώνετε τους πελάτες σας για αλλαγές που αφορούν τη Συσκευασία του προϊόντος (εμφάνιση, περιγραφή, ποσότητα συσκευασίας);

 Τηλέφωνο Fax Email  Άλλο Καμία ενέργεια  |
| 1. Με ποιο τρόπο ενημερώνετε τους πελάτες σας όταν ένα προϊόν σας καταργηθεί ή αντικατασταθεί με κάποιο νέο.

 Τηλέφωνο Fax Email  Άλλο Καμία ενέργεια  |

***Πληροφορίες που αφορούν το Τμήμα Marketing:***

|  |
| --- |
| 1. Διαθέτει η επιχείρηση σας διακριτό Τμήμα/Διεύθυνση Marketing;

 Ναι Όχι  |
| 1. Χρησιμοποιεί η επιχείρηση σας Προωθητικές Ενέργειες (ειδικές προσφορές, stands προϊόντων, κτλ);

 Ναι (Διευκρινίστε: ………………………………………………………………………………………………….) Όχι  |
| 1. Διοργανώνει η επιχείρηση σας Ετήσια Συνέδρια για φαρμακοποιούς;

 Ναι Όχι  |
| 1. Σε ποιες διαφημιστικές ενέργειες εστιάζεται η εταιρεία σας; (Παρακαλώ σημειώστε ✓)

Η Τηλεόραση Η Ραδιόφωνο  Έντυπος Τύπος (περιοδικά, εφημερίδες, κτλ) Φυλλάδια, Prospectus, κτλ.  Διαδίκτυο (internet) Άλλο: ………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| 1. Πόσοι (σε αριθμό) επισκέπτες για τα φαρμακεία διαθέτει η εταιρεία σας;

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. Ποιος είναι ο μέσος όρος Μηνιαίων Επισκέψεων σε φαρμακεία που πραγματοποιεί καθένας από τους Πωλητές της επιχείρησης σας; ………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Πληροφορίες για τη συμμόρφωση της Ποιότητας:**

|  |
| --- |
| 1. Εφαρμόζετε κάποιο σύστημα ποιότητας στα προϊόντα σας;

 ISO 9001 EN ISO 14001 EN ISO 27001  OHSAS 18001 EMAS ISO 22000 – HACCP Άλλο (Διευκρινίστε: ………………………………………………………………………………………………….) |
| 1. Αν δεν εφαρμόζετε κάποιο σύστημα ποιότητας, πως ελέγχετε τις διαδικασίες σας, τις αποστολές σας, την αποθήκη σας, τις παραδόσεις σας;

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... |
| 1. Σε περίπτωση που διαθέτετε Σύστημα Ποιότητας παρακαλώ όπως δώσετε:

Όνομα φορέα πιστοποίησης: ………………………………………………………………………………………………..Αριθμός Πιστοποιητικού: ……………………………………………………………………………………………………..Σκοπός: …………………………………………………………………………………………………………………………………Ημερομηνία έκδοσης: …………………………………………………………………………………………………………..Ημερομηνία λήξης: ……………………………………………………………………………………………………………….Ημερομηνία ανανέωσης: ……………………………………………………………………………………………………… |
| 1. Ποιες διαδικασίες υπάρχουν στην εταιρεία σας;

 Επιστροφής Προϊόντων  Ανάκλησης Καραντίνας Φαρμακοεπαγρύπνησης Αποθήκευσης / Διαχείρισης Αποθήκης (Ορθές Πρακτικές Διανομής) Αποστολής / Παροχής προϊόντων σε διανομείς  Αποστολής / Παροχής προϊόντων σε επαγγελματίες υγείας ή καταναλωτές Επεξεργασίας Καταγγελιών – Παραπόνων Πελατών Περιοδικές / Ετήσιες Απογραφές Προϊόντων Άλλες: (δώστε λίστα) Καμία (Εξηγήστε γιατί: ………………………………………………………………………………………………) |
| 1. Υπάρχουν όλες οι διεργασίες/οδηγίες εργασίας σας τεκμηριωμένες ως διαδικασίες εγγράφως;

 Ναι Όχι  |
| 1. Υπάρχει πρόγραμμα αξιολόγησης πελατών; (Αν ναι, με ποια κριτήρια γίνεται;)

 Ναι (Με ποια κριτήρια γίνεται; ………………………………………………………………………………………)  Όχι |
| 1. Παρέχει η επιχείρηση σας στους πελάτες της κάποια Φόρμα Αξιολόγησης των προϊόντων ή/και υπηρεσιών της;

 Ναι Όχι  |
| 1. Υπάρχει αρμόδιο άτομο στην εταιρεία σας που χειρίζεται τα παράπονα πελατών;

 Ναι Όνομα υπεύθυνου άτομου: ………………………………………………………………………………..….……….Τηλέφωνο: ………………………..Fax: ……………………….…Email: ..……………………………………..……… Όχι |

**Υπογραφή Εκπροσώπου / Σφραγίδα Επιχείρησης:**

………………………………………………………………………………