

Bewertungsformular

Absender:

An:
WDM – Regionalverband

Qualitätsprüfung

Datum:

oder an **Faxzentrale: 030 - 70 76 66 55.**

Veranstaltung oder Einzelauftrag:

WDM – BeraterIn / DozentIn: **Zeit:**

Sehr geehrte WDM- Partnerunternehmen, sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für Ihre Mithilfe bei der permanenten Steigerung des Qualitätsanspruches des gesamten WDM-Systems bei der Beurteilung der Beratungs- oder sonstiger vertraglichen Leistungen des/ der vorgenannten WDM-PartnerIn.

Wir bitten um folgende Bewertung:

Schulnotensystem:	Sehr gut	Gut- Sehr gut	Gut	Weiterempfehlung:	
Fachliche Kenntnisse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konsequent Durchführung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PartnerIn ging pro-aktiv auf spezielle Gesichtspunkte ein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verbesserung im Betrieb erreicht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie fanden Sie die Kosten- Nutzen-Relation?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anregungen und Bemerkungen:

Besten Dank für Ihre Rücksendung!

WDM-Zentrale, WDM-Regionalleitung, WDM-Parterinnen und –Partner.