

Heure d'arrivée

HH:MM (A/P)M



*Nom enquêteur

Enter your Value

*Nom du Grossiste

Enter your Value

Depuis combien de temps vous etes grossiste MOCAF?

Moins de 3 ans

Moins d'1 an

Plus de 5 ans

Plus de 10 ans

Plus de 15 ans

Que pensez -vous de la qualité des produits MOCAF?

Très satisfaisant

Satisfaisant

Pas Satisfaisant

Question Display Logic

Pouvez vous préciser la raison de votre insatisfaction par rapport à la qualité des produits

Enter your Value

☒ N/A

Les produits vous sont-ils livrés dans les délais ?

OUI

NON

Skip Logic

*Que pensez vous des délais de traitement de vos bons de commande ?

Très satisfaisant

Satisfaisant

Pas Satisfaisant

Pouvez vous préciser la raison de votre insatisfaction par rapport au délai de traitement des bons de commande?

Enter your Value

☒ N/A

Skip Logic

Que pensez vous du service facturation pendant le traitement de vos commandes ?

Très satisfaisant

Satisfaisant

Pas Satisfaisant

Pouvez vous préciser la raison de votre insatisfaction par rapport au service de facturation?

Enter your Value

☒ N/A

Quelle est la fréquence de vos achats ?

Journalière

Hebdomadaire

Mensuelle

Avez-vous été confronté à des ruptures de produits lors de vos commandes ?

OUI

NON

Skip Logic

Avez-vous rencontré un défaut sur l'un de nos produits cette année ?

OUI

NON

Lequel de ces défauts avez-vous rencontré et sur lequel de nos produits?

Select as many as you like

Corps étrangers

Voile et Trouble

Coloration du produit

Capsules rouillées

Bouteilles mal remplies

Goulots ébréchés

Absence d'étiquette

Mauvais capsulage

Bouteille cassée

Autre(s)

Question Display Logic

Quel(s) autre(s) défaut(s) avez-vous rencontré?

Enter your Value

☒ N/A

Question Display Logic

Sur quel(s) produit(s) avez vous rencontré un **corps étranger**?

	Nom des produits
Produit 1	<div>Enter your Value</div>
Produit 2	<div>Enter your Value</div>
Produit 3	<div>Enter your Value</div>
Produit 4	<div>Enter your Value</div>

Question Display Logic

Sur quel(s) produit(s) avez vous rencontré un **Voile et Trouble**?

	Nom des produits
Produit 1	<div>Enter your Value</div>
Produit 2	<div>Enter your Value</div>
Produit 3	<div>Enter your Value</div>
Produit 4	<div>Enter your Value</div>

Sur quel(s) produit(s) avez vous rencontré une **coloration de produit?**

	Nom des produits
Produit 1	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 2	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 3	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 4	<input type="text" value="Enter your Value"/>

Sur quel(s) produit(s) avez vous rencontré une **Capsules rouillées?**

	Nom des produits
Produit 1	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 2	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 3	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 4	<input type="text" value="Enter your Value"/>

Sur quel(s) produit(s) avez vous rencontré une **Bouteilles mal remplies?**

	Nom des produits
Produit 1	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 2	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 3	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 4	<input type="text" value="Enter your Value"/>

Sur quel(s) produit(s) avez vous rencontré un **Goulots ébréchés?**

	Nom des produits
Produit 1	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 2	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 3	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 4	<input type="text" value="Enter your Value"/>

Sur quel(s) produit(s) avez vous rencontré une **Absence d'étiquette?**

	Nom des produits
Produit 1	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 2	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 3	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 4	<input type="text" value="Enter your Value"/>

Sur quel(s) produit(s) avez vous rencontré un **Mauvais capsulage?**

	Nom des produits
Produit 1	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 2	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 3	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 4	<input type="text" value="Enter your Value"/>

Sur quel(s) produit(s) avez vous rencontré une **Bouteille cassée?**

	Nom des produits
Produit 1	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 2	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 3	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 4	<input type="text" value="Enter your Value"/>

Sur quel(s) produit(s) avez vous rencontré d'**autres défauts?**

	Nom des produits
Produit 1	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 2	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 3	<input type="text" value="Enter your Value"/>
Produit 4	<input type="text" value="Enter your Value"/>

Comment appréciez-vous la communication sur nos produits ?

Très satisfaisant

Satisfaisant

Pas satisfaisant

Pouvez vous préciser la raison de votre insatisfaction par rapport à la communication sur nos produit?

Enter your Value

Comment communiquez-vous avec la SODISCA ?

Select as many as you like

Rencontre à SODISCA

Rencontre au dépôt du grossiste

Réunion Distributeurs

Téléphone

Courriers

Autre(s)

Quel(s) autre(s) moyen(s) de communication utilisez-vous?

Enter your Value

Le client est-il globalement satisfait de SODISCA?

Très satisfaisant

Satisfaisant

Pas satisfaisant

*Ville

Enter your Value

*Localisation

Enter your Value

Date

DD/MM/YYYY

Heure de départ

HH:MM (A/P)M

