

TERMO DE CONSULTORIA E TREINAMENTO

VISITA DIA: 08/03/19	CÓDIGO: 88517
HORA: 09:30 hs	EMPRESA: ARN
CHEGADA: 10:10 hs	RESPONSÁVEL: Leonilda
SAÍDA: 12:00 hs	FONE FIXO: 3396-1350 CELULAR: 99798-2358
ATENDIMENTO EXTERNO: N.ª.ª	
COBRANÇA DE DESLOCAMENTO TÉCNICO - R\$ 35,00: () SIM (X) NÃO	

TREINAMENTO PRÁTICO DE SOLUÇÕES			
<input checked="" type="checkbox"/> Cadastro de Clientes <i>OK</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Produto Estoque <i>OK</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Frente de Caixa <i>OK</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Emissão de Boletos
<input checked="" type="checkbox"/> Consultas de Crédito	<input checked="" type="checkbox"/> Parcelamento de Débitos	<input checked="" type="checkbox"/> Negativação de Devedores	<input type="checkbox"/> Site e Loja Virtual
<input type="checkbox"/> Equipamentos Automação (Impressora Térmica, Leitor de Código de Barras, Gaveta de Dinheiro, Computador, Monitor, outros <i>OK</i>)			

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
Treinamento realizado com Amanda
Verdade computador / Cheque

SOLICITAÇÕES DO CLIENTE

instalação do sistema OFF. ID: 215769440

Declaro ter recebido o Treinamento pessoalmente do Atendimento Externo nesta data e minha avaliação é:

() RUIM () REGULAR () BOM (☒) MUITO BOM

Amanda Silva Sousa
Assinatura do Associado

AREA EXCLUSIVA PARA CONFERÊNCIA			
Visita realizada no Horário:	(<input checked="" type="checkbox"/>) SIM () NÃO	Promoção Indique um Amigo:	(<input checked="" type="checkbox"/>) SIM () NÃO
Treinamento Completo:	(<input checked="" type="checkbox"/>) SIM () NÃO	Manuseou Computador:	(<input checked="" type="checkbox"/>) SIM () NÃO
Reagendar Visita:	() SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO	Apto a Utilizar o Sistema:	(<input checked="" type="checkbox"/>) SIM () NÃO
O que o cliente mais usa ?	todas as opções		
Obs:			

OBSERVAÇÕES ADMINISTRATIVAS

Procedimentos Realizados:

☒ () SIM ☐ () NÃO

Diretoria: _____

ADVERTÊNCIAS GERENCIAIS

() SIM () NÃO

Gerência: _____