

Identitas Responden

Nama (tidak wajib) :
 Perusahaan / Instansi / PBF :
 Alamat :
 No. Telpn / HP :
 Alamat e mail :

Mohon beri tanda (✓) untuk setiap jawaban yang dipilih, sesuai dengan tingkat kepuasan.

- 5 : **Sangat Memuaskan**
 4 : **Memuaskan**
 3 : **Cukup Memuaskan**
 2 : **Kurang Memuaskan**
 1 : **Tidak Memuaskan**

I	Penilaian Anda terhadap produk Indofarma	Nilai				
		1	2	3	4	5
	Kualitas Produk					
	Ketersediaan Produk					
	Keragaman Produk					
	Harga					
	Kebijakan Potongan Harga					

II	Penilaian Anda terhadap tenaga pemasaran	Nilai				
		1	2	3	4	5
	Kerapihan penampilan					
	Kesopanan dan keramahan					
	Kemampuan berkomunikasi					
	Pengetahuan produk					

III	Penilaian Anda terhadap system pelayanan	Nilai				
		1	2	3	4	5
	Kemudahan untuk melakukan pemesanan atau pembelian					
	Kecepatan pengiriman barang					
	Kecepatan tanggapan terhadap keluhan					
	Kemudahan untuk berhubungan dengan tenaga pemasaran					

IV *)	Penilaian Anda terhadap pelayanan distributor Indofarma	Nilai				
		1	2	3	4	5
	IGM (Indofarma Global Medika)					
	MBS (Mensa Bina Sukses)					
	SBF (Sawah Besar Farma)					

Saran dan atau tanggapan yang ingin disampaikan untuk PT. Indofarma Tbk :

.....

*) Point IV hanya di isi oleh Pelanggan Non Distributor