

QUESTIONNAIRE REVENDEUR

Informations générales

Nom de l'entreprise	
Adresse de facturation	
Adresse de livraison (si différent)	
Téléphone	
Télécopieur	
Courriel	
Recevoir les factures par courriel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Contact

Responsable des achats :	Téléphone :	Courriel :
Responsable des paiements:	Téléphone :	Courriel :
Responsables des ventes :	Téléphone :	Courriel :

Opérations

Acceptez-vous les articles b.o. ?	Désirez-vous utiliser votre transporteur ou le nôtre?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Notre transporteur <input type="checkbox"/> Votre transporteur : _____

Votre compagnie

Comment avez-vous entendu parler de fdmt? <input type="checkbox"/> Précisez :	Quelles sont vos estimations de ventes pour les produits fdmt sur l'année à venir?
Êtes-vous déjà revendeur d'outils sensoriels et éducatifs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, lesquels?
Quel est votre clientèle cible?	Qui sont vos principaux clients?
Quelle est votre fonction au sein de l'entreprise ?	Depuis combien de temps ?

Ventes

Quelles sont vos médias de vente?			
<input type="checkbox"/> Boutique	<input type="checkbox"/> Vente en ligne	<input type="checkbox"/> Catalogue	<input type="checkbox"/> Appels d'offres Autre :
Combien de vendeurs / représentants des ventes comptez-vous dans votre effectif?			
Représentants internes :		Représentants externes :	
Quel pourcentage de vos ventes provient :			
<i>De votre boutique?</i>	<i>De votre site Internet?</i>	<i>De votre catalogue?</i>	<i>De votre équipe de vente?</i>

Catalogue

Éditez-vous un catalogue? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à combien d'exemplaires par an est-il imprimé?
À quelle période de l'année est-il édité?	Où est-il distribué?