

Gewinnen Sie eins von fünf Dankeschön-Paketen!

Ihre Meinung ist uns wichtig! Unser Ziel ist die stetige Verbesserung unserer Seminare und der Seminarorganisation, deshalb bitten wir Sie um Ihre Unterstützung durch das Ausfüllen dieses Fragebogens. Wir haben den Anspruch, Ihre Anregungen nach besten Möglichkeiten in unsere zukünftige Seminarplanung miteinfließen zu lassen. Als Dankeschön für Ihre Unterstützung verlosen wir unter allen Einsendern 5 Pakete à:

1 Gutschein für ein pharmazeutisches Fachseminar + 1 Tankgutschein im Wert von 25 €

Senden Sie bitte den Fragebogen an folgende Faxnummer: **0451 5307-2220**
Weitere Formulare erhalten Sie als Download auf unserer Internetseite.

**Einsendeschluss:
15. März 2012**

1. Bitte nennen Sie uns Ihre Niederlassung!

- Neumünster Lübeck Lüneburg

2. Welche Informationsquelle für Seminarankündigungen bevorzugen Sie?

- Seminarbroschüre Faxeinladung (jeweils ein Monat vor Seminarbeginn)
 Internet Außendienstmitarbeiter Max Jenne
 Sonstiges _____

3. Welche Schwerpunkte sind für Sie interessant?

Bitte nummerieren Sie Ihre 3 Fachschwerpunkte nach Wertigkeit. 1 = Für mich sehr wichtig. 2 = Für mich wichtig. 3 = Für mich weniger wichtig.

- ___ Asthma/COPD ___ Osteoporose ___ Lipidstoffwechsel
___ Diabetes ___ Allergie ___ Homöopathie
___ Herz-Kreislauf-Erkrankung ___ Rheuma ___ Sonstiges _____

4. Welche Empfehlung möchten Sie dem Max Jenne Organisationsteam geben?

- Bewirtung _____
 Seminarraum _____
 Versendung der Seminarinformationen _____
 Sonstiges _____

5. Wünschen Sie sich die Seminarunterlagen nach der Veranstaltung als Download auf unserer Internetseite?

- Ja Nein

6. Welche Seminarzeiten bevorzugen Sie?

- Vormittags zwischen 09-12 Uhr Nachmittag zwischen 15-18 Uhr Abends zwischen 19-21 Uhr

7. Welche Seminartage bevorzugen Sie?

- Dienstag Mittwoch Donnerstag Andere _____

8. Haben Sie schon einmal an einem e-learning Seminar teilgenommen?

- Ja
Falls ja, Anregungen: _____
 Nein
Falls nein, warum nicht? _____

9. Welche weiteren Vorschläge haben Sie für uns?

- ApothekerIn PTA PKA

Name, Vorname: _____ Apotheke: _____