



extended site integration

Fachhandelsinformationen

Diese Informationen werden für die professionelle Kontaktaufnahme mit benötigt.
Die Daten werden lediglich für diese Projekte verwendet und nur für diese Zwecke eingesetzt.

Firmeninformation

Firmenname: _____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____ Stadt: _____

Land: _____

Telefon: _____ Fax: _____

URL: _____

Kontaktperson

Name: _____

Titel: _____ Position _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Firmenprofil

1. **Gründungsjahr:** _____ **Anzahl der Mitarbeiter gesamt:** _____

2. **Bitte geben Sie die Anzahl der Mitarbeiter an, die in den folgenden Bereichen tätig sind:**

_____ Vertrieb _____ Technical Support _____ Verwaltung
_____ Entwicklung _____ Consulting _____ andere

3. **Umsatz (letztes Jahr):** € _____
Umsatz geplant (laufendes Jahr): € _____

4. wie viel Prozent Ihres Umsatzes entfallen auf die folgenden Bereiche?

_____ % Dienstleistung _____ % Softwarevertrieb _____ % Hardware

5. Wie viele Niederlassungen hat Ihr Unternehmen in welchen Ländern.

6. Gehört Ihr Unternehmen zu einem Unternehmensverbund?

(Wenn ja geben Sie bitte Namen an.)

Nein Ja, _____

7. Zu welcher der folgenden Kategorien gehört Ihr Unternehmen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soft- und Hardwarevertrieb | <input type="checkbox"/> Softwareentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Systemintegrator | <input type="checkbox"/> IT-Dienstleister |
| <input type="checkbox"/> Distributor | |
| <input type="checkbox"/> Systemintegrator | Sonstige: _____ |

8. Worin liegen Ihre Kernkompetenzen:

9. Bitte geben Sie Ihren Marktfokus an:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Produktion | <input type="checkbox"/> Telekommunikation |
| <input type="checkbox"/> Banken, Finanzen, Investment | <input type="checkbox"/> Transport |
| <input type="checkbox"/> Behörden | <input type="checkbox"/> Verlag, Medien |
| <input type="checkbox"/> Einzelhandel | <input type="checkbox"/> Versicherung |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitswesen | <input type="checkbox"/> Versorgungsunternehmen |
| <input type="checkbox"/> Großhandel | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Pharmazie | |

10. Bitte zählen Sie die Produkte auf, zu deren Vertrieb, Support und Training Sie autorisiert sind:

- | | |
|----------|----------|
| a. _____ | b. _____ |
| c. _____ | d. _____ |
| e. _____ | f. _____ |

11. Bitte führen sie Ihre bestehenden Partnerschaften auf.

Allgemeine Partnerschaften

a. _____
c. _____
e. _____

b. _____
d. _____
f. _____

12. Haben Sie Erfahrung im Content und Portal Management?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Content Manager | <input type="checkbox"/> Dokumenten Management |
| <input type="checkbox"/> Portale | <input type="checkbox"/> Imaging |
| <input type="checkbox"/> Knowledge Management | <input type="checkbox"/> Workflow |
| <input type="checkbox"/> eCommerce | <input type="checkbox"/> Community |

13. Führen sie eigene Schulungen durch?

(Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl an.)

Ja, wir haben _____ Trainer
Ja, wir haben _____ Räume und _____ Workstations
Nein, unsere Kunden werden geschult von:

14. Welches sind Ihre drei Hauptwettbewerber?

1. _____
2. _____
3. _____

Vielen Dank, dass sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen.
Durch Ihre Informationen werden kurzfristig mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

Danke!

Datum

Unterschrift

Position

Name