

Företagsnamn:

Telefon:

Nuvarande handskar:

Användningsområde:

Provperiodens startdatum:

Provperiodens slutdatum:

E-post:

Använda provhandskar (Art. nr.):

Hur länge höll handskarna
ni haft innan?

< 1 vecka

☐

1 vecka

☐

2 veckor

☐

3 veckor

☐

1 månad

☐

Hur länge höll handskarna
som du provade?

< 1 vecka

☐

1 vecka

☐

2 veckor

☐

3 veckor

☐

1 månad

☐

DIN ÅSIKT

Väldigt dålig

Dålig

Lämplig

Bra

Mycket bra

Passform och komfort

☐☐☐☐☐

Grepp

☐☐☐☐☐

Fingertoppskänsla

☐☐☐☐☐

Prestanda

☐☐☐☐☐

Förslag till förbättringar.

Har du några bra idéer som kan göra våra handskar bättre?

TACK!