

Compagnie/Nom individuel

**Prix indiqué** (Ambassadeur de la marque Transitions *2017, Détaillant de l’année, Prix de la formation, Prix du Marketing, Clinique visuelle de l’année)*

|  |
| --- |
| **Engagement et inspiration**Qu'est-ce qui a incité votre dévouement à la marque TransitionsMD cette année? Qu’est-ce qui a inspiré votre travail? Était-ce en réponse à un problème existant ou était-ce un nouvel objectif? |
|  |
| **Objectifs**Qu’est-ce que vous espériez accomplir? Qui avez-vous essayé d'atteindre et comment leurs besoins, leurs préférences et leurs opinions ont-ils joué un rôle? |
|  |
| **Plan et créativité**Comment avez-vous prévu atteindre vos objectifs? Quelles approches novatrices avez-vous utilisées pour vous aider à réussir? Avez-vous utilisé une approche complètement nouvelle, une tactique éprouvée ou une combinaison des deux? Comment la marque Transitions et les produits étaient-ils inclus dans vos projets?• Considérez l'inclusion de photos et / ou d'exemples |
|  |
| **Impact et résultats**Comment les choses se sont-elles déroulées? Comment avez-vous évalué votre réussite? Avez-vous rencontré ou dépassé vos objectifs? Comment allez-vous tirer parti de votre réussite? Comment avez-vous eu une incidence sur les ventes de verres TransitionsMD? Le cas échéant, assurez-vous d'inclure vos ventes de verres photochromiques (y compris la croissance du nombre de paires et la part de marché sur les ventes totales de verres). |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2016** | **2017** | **% Increase** |
| Ventes de verres *Transitions* (Le cas échéant, diviser TransitionsMD Signature®, TransitionsMD XTRActive®, TransitionsMD Vantage®, TransitionsMD Drivewear®, etc.) |  |  |  |
| Part de marché sur vos ventes totales de verres(% de vos ventes de verres qui sont des verres *Transitions*) |  |  |  |

 |