

เลขที่โครงการที่อนุมัติ ๖๐-๒๕๐๒๑-๐๑-๐๘

ข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
ระหว่าง

กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง กับ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
มหาสารคาม

ข้อตกลง

เลขที่ ๒ / ๒๕๖๐

ข้อตกลงนี้จัดทำขึ้น ณ สำนักงานกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง
เมื่อวันที่ 13 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ระหว่าง กองสาธารณสุข เทศบาลนาสีทอง
ในฐานะประธานกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า
“ผู้สนับสนุนงบประมาณ” ฝ่ายหนึ่ง กับ ดร. อธิรุณี อินทร์
ตำแหน่ง มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
การดูแลสุขภาพชุมชน บ้านเลขที่ ๗๖๐/๑ หมู่ที่ ๑
ชุมชน นาสีทอง ตำบลเขาพระ อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ได้รับการ
สนับสนุนงบประมาณ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกันดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายละเอียดการสนับสนุนงบประมาณ

๑) ชื่อโครงการ การดูแลสุขภาพชุมชน ซึ่งได้รับเงิน
สนับสนุนจากกองทุนฯ จำนวน ๑๘๗๕๐ บาท (สามหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาท)
ทั้งนี้ จะดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้าย
บันทึกนี้ ตลอดจน หลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง
ทุกประการ และข้าพเจ้า ฯ ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุน เมื่อวันที่ ๒๐ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐

ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ตกลงจะปฏิบัติภายใต้เงื่อนไขดังนี้

(๑) หลังได้รับเงินจากกองทุน จะดำเนินโครงการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และ
แผนการดำเนินงานของโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ

(๒) ในการดำเนินโครงการตามข้อ (๑) จะถือปฏิบัติตามระเบียบ/ประกาศ/คำสั่ง ของ
คณะกรรมการบริหารกองทุนที่เกี่ยวข้องทุกฉบับ


(๓) หากไม่ดำเนินโครงการ หรือดำเนินโครงการไม่เป็นไปตามข้อ (๑) เว้นแต่ การไม่ดำเนิน
โครงการหรือการดำเนินโครงการไม่เป็นไปตามข้อ (๑) เกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัยหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งมีได้เกิด
จากการทำของผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณยินยอมรับผิดชอบเงินที่
ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วให้แก่ผู้สนับสนุนงบประมาณ โดยผู้สนับสนุนงบประมาณมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถาม
เป็นหนังสือแต่อย่างใด


(๔) จะรายงานผลการดำเนินโครงการพร้อมส่งเอกสารการใช้จ่ายเงิน ต่อผู้สนับสนุน
งบประมาณภายใน ๓๐ วันหลังเสร็จสิ้นโครงการ รวมทั้งคืนเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี)

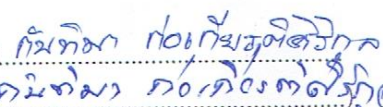
หากไม่ดำเนินการชำระเงินตามข้อ (๓) หรือไม่ส่งเงินเหลือจ่ายคืน ตามข้อ (๔) ผู้ได้รับการ
สนับสนุนงบประมาณยินยอมให้ผู้สนับสนุนงบประมาณประสานกับธนาคาร ขอโอนเงินออกจากบัญชีของ
ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณกลับคืนเข้าบัญชีกองทุนได้ หรือดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย


เลขที่โครงการที่อนุมัติ ๒๐-๒๐๒๑-๐๑-๐๘.....


ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน และถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจเนื้อความตามบันทึกข้อตกลงนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

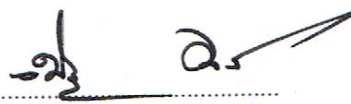
(ลงชื่อ) 
(จตุรงค์ สนิทวิรัตน์)
ตำแหน่ง ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ) 
(นายอนุ บูรณเดชะ)
ตำแหน่ง ประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ
ผู้สนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ) 
(กัมภีร์ ก่อเกียรติวิภา)
ตำแหน่ง บรรณารักษ์
พยาน

(ลงชื่อ) 
(นายอรรถวิทย์ ใถ้วงอมดี)
ตำแหน่ง กรรมการบริหารกองทุนฯ
พยาน

(ลงชื่อ) 
(นางสาว กนกวรรณ)
ตำแหน่ง เลขานุการ
พยาน

(ลงชื่อ) 
(นายวิวัฒน์ มงคลรัตน์)
ตำแหน่ง กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ
พยาน