

เลขที่โครงการที่อนุมัติ...๒๐-๒๖๐๒๑-๐๒-๐๕

ข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
ระหว่าง
กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง กับ ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร
โพนบก ตำบลนาสีทอง

ข้อตกลง

เลขที่.....๔...../๒๕๖๐

ข้อตกลงนี้จัดทำขึ้น ณ สำนักงานกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง
เมื่อวันที่...๒๔...เดือน...กุมภาพันธ์...พ.ศ. ๒๕๖๐...ระหว่าง...นายวณ ๒๖๐๒๑
ในฐานะประธานกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า
“ผู้สนับสนุนงบประมาณ” ฝ่ายหนึ่ง กับ...นายวณ ๒๖๐๒๑...
ตำแหน่งประธานชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร โพนบก ตำบลนาสีทอง...ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
สุขภาพมาอาหาร...บ้านเลขที่...๒๙/๑...หมู่ที่...๑
ชุมชน หน้าศาลาหน้าทอง...ตำบลเขาพระ อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ได้รับการ
สนับสนุนงบประมาณ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกันดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายละเอียดการสนับสนุนงบประมาณ

๑) ชื่อโครงการ...สุขภาพมาอาหาร...ซึ่งได้รับเงิน
สนับสนุนจากกองทุนฯ จำนวน...๒๔,๐๐๐.-...บาท (...๕๐๐๕ชิ้นสิ้นสิ้นหมดวัน-...)
ทั้งนี้จะดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้าย
บันทึกนี้ ตลอดจน หลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง
ทุกประการ และข้าพเจ้า ฯ ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุน เมื่อวันที่...๒...เดือน...กุมภาพันธ์...พ.ศ. ๒๕๖๐

ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ตกลงจะปฏิบัติภายใต้เงื่อนไขดังนี้

(๑) หลังได้รับเงินจากกองทุน จะดำเนินโครงการให้เป็นไปวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และ
แผนการดำเนินงานของโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ

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

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

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

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

เลขที่โครงการที่อนุมัติ...๒๐-๒๐๒๑-๐๒-๐๕

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน และถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจเนื้อความตามบันทึกข้อตกลงนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ) ดร. ปิยะ คุ้มมาพ
(รักษา คุ้มมาพ)
ตำแหน่ง ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ) ปณ
(นายปณ บุรณนุกิจ)
ตำแหน่ง ประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ
ผู้สนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ) ดร. อภิชาติ มาศรีตมพร
(.....)
ตำแหน่ง สมาชิกชมรมผู้ปกครองฯ
พยาน

(ลงชื่อ)
(นายอภินันท์ แก้วอวดดี)
ตำแหน่ง กรรมการบริหารกองทุนฯ
พยาน

(ลงชื่อ) กนกวรรณ
(หม่อมหลวงกนกวรรณ ยอดสวัสดิ์)
ตำแหน่ง สมาชิกชมรมผู้ปกครองฯ
พยาน

(ลงชื่อ)
(นายวิวัฒน์ วงศ์ศรีพันธ์)
ตำแหน่ง กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ
พยาน