

เลขที่โครงการที่อนุมัติ ๖๐-๒๐๒๑-๐๒-๐๔๔๐

ข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
ระหว่าง

กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง กับ สภาสวัสดิภาพชุมชน (สสช.)
บ้านท่าซ่ง

ข้อตกลง

เลขที่ ๖ / ๒๕๖๐

ข้อตกลงนี้จัดทำขึ้น ณ สำนักงานกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง
เมื่อวันที่ ๒ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ระหว่าง นายอาน นนทรนุกิจ
ในฐานะประธานกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า
“ผู้สนับสนุนงบประมาณ” ฝ่ายหนึ่ง กับ นายอาน นนทรนุกิจ
ตำแหน่ง นายก อบต.บ้านท่าซ่ง ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
ค.๑ ค.๖ ทพ. นางดวงเดือน-เมทวณ บ้านเลขที่ ๖/ หมู่ที่ ๗
ชุมชน นาโคก๑๑ ตำบลเขาพระ อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ได้รับการ
สนับสนุนงบประมาณ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกันดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายละเอียดการสนับสนุนงบประมาณ

๑) ชื่อโครงการ ค.๑ ค.๖ ทพ. นางดวงเดือน-เมทวณ ซึ่งได้รับเงิน
สนับสนุนจากกองทุนฯ จำนวน ๕,๐๐๐.- บาท (-) ๕,๐๐๐.-
ทั้งนี้จะดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้าย
บันทึกนี้ ตลอดจน หลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง
ทุกประการ และข้าพเจ้า ฯ ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุน เมื่อวันที่ ๓๑ เดือน สิงหาคม 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 ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณยินยอมรับผิดชอบเงินที่
ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วให้แก่ผู้สนับสนุนงบประมาณ โดยผู้สนับสนุนงบประมาณมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถาม
เป็นหนังสือแต่อย่างใด

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

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

เลขที่โครงการที่อนุมัติ ๒๐-๒๕๐๒๑-๐๒-๐๔(๔)

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน และถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจเนื้อความตามบันทึกข้อตกลงนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ) *พิชิต คุ้มพล*
(..... *พิชิต คุ้มพล*)
ตำแหน่ง ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ) *๑๗*
(..... *๑๗*)
ตำแหน่ง ประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ
ผู้สนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ) *อริยมา*
(..... *อริยมา อิ่มจันทร์*)
ตำแหน่ง *อาสาสมัครสาธารณสุข*
พยาน

(ลงชื่อ) *๑๕*
(..... *๑๕*)
ตำแหน่ง กรรมการบริหารกองทุนฯ
พยาน

(ลงชื่อ) *๑๖*
(..... *๑๖*)
ตำแหน่ง *อาสาสมัครสาธารณสุข*
พยาน

(ลงชื่อ) *๑๕*
(..... *๑๕*)
ตำแหน่ง กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ
พยาน