

เลขที่โครงการที่อนุมัติ ๖๐-๑๘๐๒-๐๒-๐๒

ข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
ระหว่าง
กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง กับ ภาคบูรณาการฯ

ข้อตกลง

เลขที่ ๙ /๑๕๖๐

ข้อตกลงนี้จัดทำขึ้น ณ สำนักงานกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง เมื่อวันที่ เดือน ๒๐ มีค พ.ศ. ระหว่าง ๒๔๗๘ ภาคบูรณาการฯ ในฐานะประธานกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนงบประมาณ” ฝ่ายหนึ่ง กับ ๒๔๗๘ ภาคบูรณาการฯ ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ตำแหน่ง ปลัด坎กุล ภาคบูรณาการฯ ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำบันทึก-ข้อตกลงกันดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายละเอียดการสนับสนุนงบประมาณ

(๑) ชื่อโครงการ ภาคบูรณาการฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนฯ จำนวน ๑๐๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) ทั้งนี้จะดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจน หลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง ทุกประการ และข้าพเจ้าฯ ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุน เมื่อวันที่ ๓๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ตกลงจะปฏิบัติภายใต้เงื่อนไขดังนี้

(๑) หลังได้รับเงินจากกองทุน จะดำเนินโครงการให้เป็นไปวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินงานของโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ

(๒) ในการดำเนินโครงการตามข้อ (๑) จะถือปฏิบัติตามระเบียบ/ประกาศ/คำสั่ง ของคณะกรรมการบริหารกองทุนที่เกี่ยวข้องทุกฉบับ

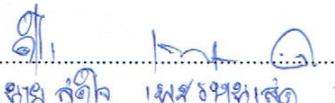
(๓) หากไม่ดำเนินโครงการ หรือดำเนินโครงการไม่เป็นไปตามข้อ (๑) เว้นแต่ การไม่ดำเนินโครงการหรือการดำเนินโครงการไม่เป็นไปตามข้อ (๑) เกิดจากเหตุสุดวิสัย พนักงานหรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งมิได้เกิดจากการทำของผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณยินยอมรับผิดชอบเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วให้แก่ผู้สนับสนุนงบประมาณ โดยผู้สนับสนุนงบประมาณมิต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

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

หากไม่ดำเนินการชำระเงินตามข้อ (๓) หรือไม่ส่งเงินเหลือจ่ายคืน ตามข้อ (๔) ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณยินยอมให้ผู้สนับสนุนงบประมาณประสานกับธนาคาร ขอโอนเงินออกจากบัญชีของผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณกลับคืนเข้าบัญชีกองทุนได้ หรือดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย

เลขที่โครงการที่อนุมัติ ๖๐-๖๐๒๑-๐๒-๐๒

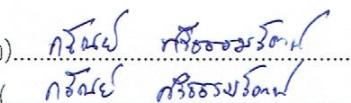
ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน และถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจเนื้อความตามบันทึกข้อตกลงนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ) 
(นาย นพดล ธรรมรงค์)

ตำแหน่ง ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ) 
(นางสาว อรุณรัตน์)

ตำแหน่ง ประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ
ผู้สนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ) 
(นาย นพดล ธรรมรงค์)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองทุนฯ

พยาน

(ลงชื่อ) 
(นางสาว อรุณรัตน์)

ตำแหน่ง กรรมการบริหารกองทุนฯ

พยาน

(ลงชื่อ) 
(นาย นพดล ธรรมรงค์)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองทุนฯ

พยาน

(ลงชื่อ) 
(นางสาว อรุณรัตน์)

ตำแหน่ง กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ

พยาน