

เลขที่โครงการที่อนุมัติ.....๖๐-๒๖๐๒๑-๐๒-๐๔(๑)

ข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่  
ระหว่าง  
กองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง กับ คุณศุภมาสวดี (คุณ)  
บ้าน ๗๖๐๖๑๐๐

ข้อตกลง  
เลขที่.....๗...../๒๕๖๐

ข้อตกลงนี้จัดทำขึ้น ณ สำนักงานกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง  
เมื่อวันที่ ๒ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ระหว่าง นายอนุช อนุช  
ในฐานะประธานกรรมการบริหารกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า  
“ผู้สนับสนุนงบประมาณ” ฝ่ายหนึ่ง กับ คุณศุภมาสวดี บ้านนาสีทอง  
ตำแหน่ง นางศุภมาสวดี อนุช บ้านนาสีทอง ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
๑๑ กม ทช ๑๓๓๖๑๐๒๑-๐๒-๐๔ บ้านเลขที่ ๑๕๙ หมู่ที่ ๑  
ชุมชน ๗๖๐๖๑๐๐ ตำบลเขาพระ อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ได้รับการ  
สนับสนุนงบประมาณ” อีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกันดังรายละเอียดต่อไปนี้

**รายละเอียดการสนับสนุนงบประมาณ**

๑) ชื่อโครงการ ๑๑ กม ทช ๑๓๓๖๑๐๒๑-๐๒-๐๔ ซึ่งได้รับเงิน  
สนับสนุนจากกองทุนฯ จำนวน ๕,๐๐๐.- บาท (ห้าพันบาทถ้วน)  
ทั้งนี้จะดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย แผนการดำเนินงานของโครงการตามเอกสารแนบท้าย  
บันทึกนี้ ตลอดจน หลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ ของกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลนาสีทอง  
ทุกประการ และข้าพเจ้า ฯ ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุน เมื่อวันที่ ๓๑ เดือน มีนาคม 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 ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่  
ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วให้แก่ผู้สนับสนุนงบประมาณ โดยผู้สนับสนุนงบประมาณไม่ต้องบอกกล่าวหรือทวงถาม  
เป็นหนังสือแต่อย่างใด
- (๔) จะรายงานผลการดำเนินโครงการพร้อมส่งเอกสารการใช้จ่ายเงิน ต่อผู้สนับสนุน  
งบประมาณภายใน ๓๐ วันหลังเสร็จสิ้นโครงการ รวมทั้งคืนเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี)
- หากไม่ดำเนินการชำระเงินตามข้อ (๓) หรือไม่ส่งเงินเหลือจ่ายคืน ตามข้อ (๔) ผู้ได้รับการ  
สนับสนุนงบประมาณยินยอมให้ผู้สนับสนุนงบประมาณประสานกับธนาคาร ขอโอนเงินออกจากบัญชีของ  
ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณกลับคืนเข้าบัญชีกองทุนได้ หรือดำเนินคดีได้ตามกฎหมาย

เลขที่โครงการที่อนุมัติ..... ๒๐-๒๐๒๑-๐๒-๐๔ (๑)

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน และถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจเนื้อความตามบันทึกข้อตกลงนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ) ดิปรภณี วัฒนชัย  
(ดิปรภณี วัฒนชัย)  
ตำแหน่ง ผู้เสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม  
ผู้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
ตำแหน่ง ประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ  
ผู้สนับสนุนงบประมาณ

(ลงชื่อ) ทองนพพร เด็กลัด  
(ทองนพพร เด็กลัด)  
ตำแหน่ง .....  
พยาน

(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
ตำแหน่ง กรรมการบริหารกองทุนฯ  
พยาน

(ลงชื่อ) ทอง นพพร เด็กลัด  
(ทอง นพพร เด็กลัด)  
ตำแหน่ง .....  
พยาน

(ลงชื่อ) .....  
(.....)  
ตำแหน่ง กรรมการและเลขานุการกองทุนฯ  
พยาน