

บันทึกข้อตกลง
 การขอรับเงินอุดหนุนจาก
 กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย

เขียนที่ ที่ทำการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.ทุ่งค่าย

บันทึกนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการที่ได้รับเงินอุดหนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย ระหว่าง.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนเคียม.....อำเภอ.....ย่านตาขาว.....จังหวัด.....ตรัง.....โดย.....นางเตือนใจ ชูพูล.....ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนเคียม.....ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ.....โครงการอบรมแกนนำเฝ้าระวังสภาวะช่องปากในเด็กนักเรียน ปี ๒๕๖๓.....เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการฯ ที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้รับผิดชอบโครงการ” ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย โดย.....นายการุณ พลแสง.... ในฐานะ ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล ทุ่งค่าย ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า “ผู้สนับสนุนโครงการ” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ ๑. ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมต่อไปนี้ในบันทึกนี้ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า โครงการ/กิจกรรมตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย ได้ให้เงินอุดหนุนจำนวนทั้งสิ้น๑๐,๐๕๐.....บาท (.....หนึ่งหมื่นห้าสิบบาทถ้วน.....) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และแผนการดำเนินของโครงการ/กิจกรรม ตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการและตามระเบียบ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย และหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ ๒. หากผู้รับผิดชอบโครงการ ไม่ดำเนินการตามโครงการ หรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนดไว้ในโครงการ เว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการ ยินยอมรับผิดชอบชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้วรวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด อันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าว ให้แก่ผู้อุดหนุนโครงการโดยผู้อุดหนุนโครงการไม่ต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่ อย่างไรก็ดี

หากผู้รับผิดชอบโครงการ ไม่ชำระเงินที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด

ให้แก่ผู้อุดหนุนโครงการ ผู้รับผิดชอบโครงการ ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ ได้รับเงินไปจากผู้อุดหนุนโครงการ รวมทั้งยินยอมให้ผู้อุดหนุนโครงการดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไข ดังนี้

๑. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการที่ได้รับอนุมัติ
๒. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย (ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ
๓. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม
๔. หากมีเงินเหลือจ่ายจากการดำเนินงานดังกล่าว ให้ส่งคืนกองทุนหลักประกันสุขภาพ ฯ เพื่อดำเนินการส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มต่อไป

๕. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ รายงานผลการดำเนินงานพร้อมภาพถ่ายการดำเนินงาน ให้กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่ายทราบ ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กองทุนกำหนด

๖. งบประมาณที่อุดหนุนโครงการเป็นงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการและแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุน ถ้า

ผู้รับผิดชอบโครงการได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

๗. ให้ผู้รับผิดชอบโครงการแต่งตั้งกรรมการรับเงิน มารับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย

บันทึกนี้ ทำขึ้นเป็นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน โดยมอบให้ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมหนึ่งฉบับ

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..........ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม

(นางเตือนใจ ชูพล)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควนเคี่ยม

(ลงชื่อ)..........ผู้สนับสนุนโครงการหรือกิจกรรม

(นายการุณ พลแสง)

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งค่าย

(ลงชื่อ)..........พยาน

(นางเพ็ญศรี เลียนกัตวา)

กรรมการ

(ลงชื่อ)..........พยาน

(นายอิสรพล จินาอุ)

กรรมการ