

บันทึกข้อตกลง

การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวง

เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวง

วันที่ 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2560

บันทึกนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวง ระหว่าง ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสียง ลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินโครงการที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวง ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า "ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม" ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวง โดยนายอิวัฒน์ ขุนทอง ในฐานะประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวง ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า "ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม" อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมต่อไปนี้ ในบันทึกนี้ เรียกว่า โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสียง ลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวง ได้ให้เงินอุดหนุน จำนวน 14,960.-บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันเก้าร้อยหกสิบบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์เป้าหมายแผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวงและหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ 2 หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตาม โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสียง ลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 หรือหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ วัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่กำหนดเว้นแต่การไม่ดำเนินการหรือดำเนินการไม่เป็นไปตามโครงการ/กิจกรรมนั้น เกิดจากเหตุสุดวิสัย พันวิสัย หรือเกิดภัยพิบัติ ซึ่งได้เกิดจากการกระทำของผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมรับผิดชอบชำระหนี้ที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใดอันเกิดจากการดำเนินการหรือไม่ดำเนินการดังกล่าวให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม โดยมีต้องบอกกล่าวหรือทวงถามเป็นหนังสือแต่อย่างใด

หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ชำระหนี้ที่ได้รับหรือเบิกจ่ายไปแล้ว รวมทั้งค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายอื่นใด ให้แก่ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ยินยอมเสียดอกเบี้ยตามอัตราที่กฎหมายกำหนดนับแต่วันที่ได้รับเงินไปจากผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม รวมทั้งยินยอมให้ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรมดำเนินคดีได้ตามกฎหมายโดยมีเงื่อนไข ดังนี้

1. การดำเนินงานต้องเป็นไปตามกิจกรรมในโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับอนุมัติ
2. การใช้จ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินโครงการ/กิจกรรมจะต้องมีหลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

(ใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน) และให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้เก็บหลักฐานไว้เพื่อการตรวจสอบ

3. ในกรณีที่มีการจัดซื้อ จัดจ้าง หรือจัดหาวัสดุครุภัณฑ์ ให้ใช้ราคาตามบัญชีมาตรฐานครุภัณฑ์ของทางราชการโดยอนุโลม

4. ให้กลุ่ม/ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม รายงานผลการดำเนินงานให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวง ตามรูปแบบกองทุนฯ ที่กำหนดระยะเวลาภายใน 30 วันทำการ

5. งบประมาณที่สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม เป็นงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวง กองทุนขอสงวนสิทธิ์ที่จะดำเนินการหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามแนวทางปฏิบัติของกองทุนฯ ถ้าผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ได้รับแจ้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กองทุนกำหนด

ทั้งสองฝ่าย ได้อ่านและมีความเข้าใจ ในเนื้อความตามบันทึกนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้รับผิดชอบโครงการ

(นางอุไร สงน้อย)

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน

(ลงชื่อ).....ผู้สนับสนุนโครงการ

(นายอิวัฒน์ ชุนทอง)

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวง

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางเพ็ญพร เพชรหัวบัว)

กรรมการกองทุนฯ

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางสาวประภา เทพชู)

กรรมการกองทุนฯ