

## บันทึกข้อตกลง

การขอรับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะแมง

เขียนที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะแมง

วันที่.....24.....เดือน.....เมษายน.....พ.ศ. 2560

บันทึกนี้ทำขึ้นเพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินงานโครงการ/กิจกรรมที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะแมง ระหว่าง ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 4 และ 5 ตำบลชะแมง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน ในฐานะเป็นผู้รับผิดชอบ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หมู่ที่ 4 และ 5 ตำบลชะแมง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 เพื่อเป็นข้อตกลงในการดำเนินโครงการที่ได้รับเงินอุดหนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะแมง ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า "ผู้รับผิดชอบโครงการหรือกิจกรรม" ฝ่ายหนึ่ง กับ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะแมง โดยนายอริวัฒน์ ขุนทอง ในฐานะประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะแมง ซึ่งต่อไปในบันทึกนี้เรียกว่า "ผู้สนับสนุนโครงการ/กิจกรรม" อีกฝ่ายหนึ่ง


ทั้งสองฝ่าย ได้ตกลงทำบันทึกข้อตกลงกัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อ 1 ผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ตกลงจะดำเนินการโครงการ/กิจกรรมต่อไปนี้ ในบันทึกนี้ เรียกว่า โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หมู่ที่ 4 และ 5 ตำบลชะแมง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 ตามที่กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะแมง ได้ให้เงินอุดหนุนจำนวน 12,440.-บาท (หนึ่งหมื่นสองพันสี่ร้อยสี่สิบบาทถ้วน) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์เป้าหมายแผนการดำเนินงานของโครงการ/กิจกรรมตามเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้ ตลอดจนหลักเกณฑ์ เงื่อนไข วิธีการ และตามระเบียบของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะแมงและหนังสือสั่งการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกประการ

ข้อ 2 หากผู้รับผิดชอบโครงการ/กิจกรรม ไม่ดำเนินการตาม โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดเสี่ยง ลดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง หมู่ที่ 4 และ 5 ตำบลชะแมง 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

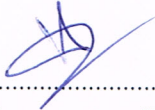
( นางสาวยุวดี เกื้อรุ่ง )

ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ ๕  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน

(ลงชื่อ)..........ผู้สนับสนุนโครงการ


( นายอริวัฒน์ ชุนทอง )

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลชะมวง

(ลงชื่อ)..........พยาน

( นางเพ็ญพร เพชรหัวบัว )

กรรมการกองทุนฯ

(ลงชื่อ)..........พยาน

( นางสาวประภา เทพชู )

กรรมการกองทุนฯ