

หนังสือคำประกัน

เลขที่/.....

เขียนที่ โรงพยาบาลสงขลา

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุ ปี

อาชีพ ตำแหน่ง สังกัด.....

เลขประจำตัวประชาชน อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่

ซอย ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขอทำหนังสือคำประกันฉบับนี้ไว้ให้แก่ โรงพยาบาลสงขลา โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา เป็นผู้รับสัญญา
ดังมีข้อความต่อไปนี้

ข้อ 1. ตามที่ ตำแหน่ง

ได้รับเงินค่าตอบแทนตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การจ่ายเงินค่าตอบแทน แนนท้ายข้อบังคับกระทรวง
สาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2559 จากโรงพยาบาลสงขลา ประจำเดือน ถึงเดือน
รวมเป็นเงิน บาท (.....) ตามหลักฐานการจ่ายซึ่งแนบ
พร้อมนี้ไปแล้วนั้น ข้าพเจ้าขอทำหนังสือคำประกันไว้ต่อ โรงพยาบาลสงขลา ว่า ถ้าหากมีการตรวจสอบพบใน
ภายหลังว่า เป็นผู้ไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินดังกล่าว และเมื่อ
โรงพยาบาลสงขลาได้มีหนังสือเรียกเงินคืนจาก แล้ว
แต่ ไม่ยินยอมจ่ายเงินในจำนวนที่ได้รับไปโดยไม่มีสิทธิคืนให้แก่
โรงพยาบาลสงขลาภายในระยะเวลาที่กำหนด ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบชำระเงินจำนวนดังกล่าวคืนแก่โรงพยาบาล
สงขลาให้ครบถ้วนโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้อ 2. หนังสือคำประกันนี้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่

รับเงินค่าตอบแทนไป และข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนการคำประกันไม่ว่ากรณีใด ๆ

หนังสือคำประกันทำขึ้น 2 ฉบับ ข้อความตรงกัน ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความในหนังสือ
ฉบับนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้ค้ำประกัน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)