

.....  
(miejscowość, data)

sygnatura akt KMP...../.....

**Komornik Sądowy przy Sądzie Rejonowym w Sławnie**

Kancelaria Komornicza nr 1 w Sławnie  
ul. Jagiełły 23, 76-100 Sławno  
tel (59)810-21-62

**WNIOSEK O UMORZENIE  
ALIMENTÓW BIEŻĄCYCH/ZALEGŁYCH**

**\*Przedstawiciel ustawowy wierzyciela/pelnoletni wierzyciel:**

.....  
(nazwisko i imię)

zamieszkały .....  
(adres: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, nr lokalu, nr telefonu)

**Dłużnik** .....  
(imię i nazwisko)

zamieszkały .....  
(adres: kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, nr lokalu)

Wnoszę o umorzenie alimentów bieżących z dniem .....  
(data podjęcia pracy zarobkowej/ zakończenia edukacji/ zawarcia związku małżeńskiego)

Powód umorzenia: .....  
.....

Wnoszę o kontynuowanie/umorzenie\* egzekucji co do alimentów zaległych.  
(niewłaściwe skreślić\*)

Kwoty wyegzekwowane tytułem alimentów zaległych należy przekazywać na następujący rachunek bankowy:....., którego właścicielem jest ..... legitymujący/ąca się dowodem osobistym (nr i seria)\*....., zamieszkały/a\*....., którego/którą upoważniam do odbioru należnych mi kwot.

.....  
(podpis wierzyciela)

\*wypełnić w przypadku, gdy właścicielem konta nie jest wierzyciel